

## **O Assédio Moral na Enfermagem contributos para a gestão organizacional**

**Patrícia Marques**

Dissertação apresentada ao IPVC para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações,  
Ramo de Unidades de Saúde

**Orientada por Prof. Doutora Clara Araújo**

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Viana do Castelo, Fevereiro, 2014.









# **O Assédio Moral na Enfermagem contributos para a gestão organizacional**

**Patrícia Marques**

**Prof. Doutora Clara Araújo**

Viana do Castelo, Fevereiro, 2014.



## RESUMO

O presente estudo aborda a temática do assédio moral em enfermagem, através de uma metodologia qualitativa de natureza descritiva fenomenológica. Pretende compreender o contexto laboral em que ocorre o fenómeno, analisar os elementos que directamente nele intervêm e conhecer e dar a conhecer as suas consequências. O critério de selecção dos participantes utilizado foi a amostragem por redes. Foram analisadas seis narrativas de enfermeiros, vítimas de assédio moral no local de trabalho, em instituições de saúde portuguesas, públicas (2) e privadas (4).

Os resultados permitem concluir que o assédio moral acontece independentemente das características pessoais ou profissionais da vítima. No entanto, a personalidade da vítima pode ter influência na percepção da vivência. Quanto maior for o número de estratégias utilizadas pelo agressor, maior é a gravidade das consequências para a vítima, com reflexos negativos na sua saúde física e mental, por um lado, e a nível familiar, profissional e sócio-económico, por outro. As vítimas com vínculo laboral estável e maior experiência profissional solicitaram ajuda dentro e/ou fora da instituição, ao contrário dos enfermeiros mais jovens e com vínculo precário. As organizações com práticas de gestão pouco claras (em particular, no que se refere à estrutura organizacional), ausência ou ineficácia de comunicação interna, estilo de liderança autocrática, incapacidade de gestão de conflitos e fomento ou valorização da competitividade doentia são factores que favorecem, dentro da organização, uma cultura e ambiente potenciadores da ocorrência de assédio moral.

Considera-se que, como medidas preventivas, é imprescindível a adopção de campanhas de informação e formação, neste domínio, junto dos enfermeiros e dos gestores e/ou administradores das instituições de saúde. Uma reeducação dos valores humanos e laborais, nas organizações, é fundamental para a promoção de uma cultura de respeito e dignidade no local de trabalho.

**Palavras-chave:** assédio moral; violência em enfermagem; saúde e segurança no trabalho; gestão organizacional.

## ABSTRACT

The present study analysed the issue of mobbing in nursing with a qualitative research method using descriptive phenomenology. The aim was to comprehend the occupational situation in which it occurs the phenomenon, analyze the elements that are directly interrelated and perceive and apprise the resulting consequences. Participants were selected through network sampling. Six narratives from nurses who had been victims of moral harassment in the workplace, in Portuguese health institutions, both public (2) and private (4) were analysed.

Results suggest that mobbing takes place independent of the victim's professional or personal characteristics. Nonetheless, the victim's personality may influence their perception of the incident. The greater the number of strategies employed by the aggressor, the greater the seriousness of the effects for the victim with negative consequences to their mental and physical well-being, as well as to their family life, professional interaction and socioeconomic status. Victims who have a stable occupational situation and greater professional experience will request counselling assistance from the actual health institution or from an external entity, as opposed to younger nurses who have a precarious position. Factors which encourage moral harassment within an organization include poor management (in particular with respect to their organizational structure) ineffective internal communication, an autocratic leadership, the inability to deal with conflicts and the encouragement or enhancement of unfair competition.

Providing information campaigns and training programs for nurses, managers and/or administrators of health institutions on the issue are indispensable preventive measures. The reeducation of human and occupational values in organizations is fundamental to promote a workplace culture of respect and dignity.

**Keywords:** mobbing, violence in nursing, health and safety in the workplace; organizational management.



## RESUMEN

En este trabajo se aborda el problema del acoso moral en la enfermería, a través de una metodología cualitativa fenomenológica descriptiva. Tiene como objetivo comprender el contexto en el que se produce el trabajo, analizar los elementos que participan directamente en ella y conocer y dar a conocer las consecuencias. Los criterios para la selección de los participantes se utilizó para las redes de muestreo. Se analizaron seis relatos de enfermeras, las víctimas de acoso en el lugar de trabajo, en las instituciones de salud portuguesas (2) y privadas (4).

Los resultados indican que el acoso moral ocurre independientemente de las características personales de la víctima o profesional. Sin embargo, la personalidad de la víctima puede influir en la percepción de la experiencia. Cuanto mayor sea el número de estrategias utilizadas por el agresor, mayor es la gravedad de las consecuencias para la víctima, con efectos negativos en su salud física y mental, por un lado, y el nivel familiar, profesional y el desarrollo socio-económico, por otra. Las víctimas con relación laboral estable y una mayor experiencia profesional solicitado asistencia dentro y/o fuera de la institución, a diferencia de las enfermeras más jóvenes y el trabajo precario. Las organizaciones con las prácticas de gestión poco claras (sobre todo en lo que respecta a la estructura de la organización), la ausencia o ineficacia de la comunicación interna, el estilo de liderazgo autocrático, la incapacidad para la gestión de conflictos y la promoción o mejora de la competitividad son factores que favorecen poco saludable, dentro de la organización, la cultura y el medio ambiente potenciadores ocurrencia de acoso.

Se considera que, como las medidas de prevención, es esencial adoptar las campañas de información y formación en este campo entre las enfermeras y gerentes y/o administradores de las instituciones de salud. Reeducación de los valores humanos y las organizaciones de trabajadores, es clave para la promoción de una cultura de respeto y dignidad en el trabajo.

**Palabras clave:** acoso moral, violencia en la enfermería, salud y seguridad en el trabajo, gestión organizativa.



## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de muitas pessoas que de forma directa ou indirecta contribuíram para que este se tornasse numa realidade. Assim, é com enorme gratidão que expresso os meus sinceros agradecimentos a todos os que de um modo ou outro, participaram neste percurso.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Clara Araújo, por toda a sua disponibilidade, orientação, apoio e palavras de ânimo, sempre presentes, para além de ter sido a pessoa que me deu a conhecer esta problemática, sempre me incentivou e se disponibilizou a acompanhar em conferências que se realizaram sobre esta temática, e que me permitiram o desenvolvimento do conhecimento sobre este fenómeno.

Aos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, contribuindo deste modo para a divulgação do fenómeno do assédio moral no contexto laboral da enfermagem.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Carminda Morais, coordenadora do Mestrado de Gestão das Organizações, pela sua disponibilidade, carinho e encorajamento dado nesta fase final do trabalho.

À minha família pelo suporte que representam na minha vida, pela compreensão e ajuda incondicional em todos os momentos. Em particular ao Eugénio, pelo imprescindível apoio e confiança que depositou em mim, por me motivar e acima de tudo por nunca me ter deixado desistir. Dedico-lhe este trabalho!

Também ao Professor Doutor David Rodrigues pela paciência e disponibilidade que sempre demonstrou em me ouvir e aconselhar e também pela revisão linguística e gramatical.

Por último, ao Professor Doutor Manuel Salvador e à Professora Mestre Mara Rocha pelos comentários e sugestões.

A todos, um muito obrigado!



# ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS SÍNTESE</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>ix</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - A saúde e a gestão organizacional</b> .....	<b>5</b>
1.1 A componente da saúde e segurança no trabalho.....	7
1.2 Riscos psicossociais no trabalho.....	10
<b>CAPÍTULO II - ASSÉDIO MORAL</b> .....	<b>17</b>
2.1 Caracterização global do fenómeno.....	19
2.2 Modelos interpretativos .....	27
2.3 Avaliação do assédio.....	33
2.4 Assédio moral em enfermagem .....	36
2.5 Medidas preventivas .....	39
2.6 Resultados empíricos em Portugal.....	41
2.7 Resultados empíricos a nível internacional .....	48
<b>CAPÍTULO III- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	<b>53</b>
3.1 Metodologia e Objectivos.....	55
3.2 Participantes.....	55
3.3 Estratégia de recolha de dados.....	56
3.4 Método de análise .....	57
<b>CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>59</b>
4.1 O elemento vítima .....	63
4.1.1 Personalidade .....	63
4.1.2 Características profissionais.....	63
4.1.3 Relação com a equipa multidisciplinar .....	65
4.1.4 Reacção ao conflito.....	65
4.1.5 Implicações do assédio.....	66
4.1.6 Recursos utilizados.....	71
4.2 O elemento agressor.....	72
4.2.1 Motivos comportamentais .....	72
4.2.2 Comportamentos de assédio .....	73
4.3 A organização .....	77
4.3.1 Cultura da organização .....	77
4.3.2 Clima organizacional.....	79
4.3.3 Comportamento dos outros profissionais.....	80
4.3.4 Implicações do assédio .....	81
<b>CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>85</b>
5.1 O elemento vítima .....	87
5.2 O elemento agressor.....	91
5.3 A organização .....	93
5.4 Limitações do estudo.....	95
<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>99</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>1</b>
Anexo I - Consentimento informado.....	3
Anexo II - Orientação para o relato .....	7
Anexo III - Quadro matriz de redução de dados .....	11

## ÍNDICE DE TABELAS SÍNTESE

Tabela Síntese 1: Caracterização da vítima .....	64
Tabela Síntese 2: Caracterização do agressor .....	73
Tabela Síntese 3: Caracterização da organização .....	78

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Regras aplicadas na elaboração de categorias .....	58
Quadro 2: Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise dos conteúdos das narrativas de vítimas de assédio moral no local de trabalho .....	61
Quadro 3: Matriz de resultados do elemento vítima .....	88
Quadro 4: Matriz de resultados do elemento agressor .....	91
Quadro 5: Matriz de resultados da organização .....	94
Quadro 6: Matriz de redução de dados relativos ao elemento vítima .....	13
Quadro 7: Matriz de redução de dados relativos ao elemento agressor .....	17
Quadro 8: Matriz de redução de dados relativos à organização .....	20

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Avaliações de riscos ou verificações dos locais de trabalho, normalmente delegadas a empresas prestadoras de serviços externos, por país .....	13
Figura 2: Procedimentos para lidar com os riscos psicossociais no trabalho, por país (% de empresas) .....	13
Figura 3: Modelo de gestão de conflitos .....	14
Figura 4: Modelo EVNL .....	15
Figura 5: Tendências da violência no trabalho nos países da UE .....	22
Figura 6: <i>Bullying</i> e <i>Mobbing</i> : Perspectiva do agressor e da vítima .....	23
Figura 7: Esquema conceptual segundo Leymann .....	27
Figura 8: Modelo de escalada de conflito de Glasl .....	29
Figura 9: Modelo dos factores predisponentes, motivadores e precipitantes do assédio moral .....	30
Figura 10: Modelo de análise do processo de <i>bullying</i> no trabalho .....	31
Figura 11: Modelo teórico de ocorrência de assédio moral no local de trabalho .....	33

## INTRODUÇÃO

O assédio moral, nos locais de trabalho, é um fenómeno de natureza psicológica e social que tem vindo a desenvolver-se, de forma crescente, tanto a nível nacional como internacional.

Fruto das alterações profundas que, nas sociedades altamente industrializadas e competitivas, têm ocorrido, no mundo laboral, o assédio moral é dos novos riscos psicossociais nos locais de trabalho. O estudo desta problemática apresenta-se, assim, socialmente pertinente e cientificamente enquadrada no âmbito do Mestrado da Gestão das Organizações - Ramo Unidades de Saúde. A gestão das organizações de saúde deve ser pautada por condutas saudáveis, por forma a aumentar a produtividade e o rendimento económico, preservando, em simultâneo, a qualidade do ambiente de trabalho, dos serviços prestados, a saúde e o bem-estar de todos os seus trabalhadores. A investigação em enfermagem é considerada um processo de rigor científico, orientado para a produção de conhecimento, nas áreas da prestação de cuidados, ensino e de administração (Streubert & Carpenter, 2002).

O trabalho constitui um elemento estruturador do indivíduo, em que assume elevada importância, ao influenciar todas as esferas da sua vida individual, familiar e social. Ocupa um lugar central, na vida das pessoas, porque proporciona a estruturação psíquica, define a identidade e permite a expressão da subjectividade no trabalho e manifesta-se pelo reconhecimento social, pela satisfação no que faz, pela motivação na aprendizagem e por uma relação saudável entre os colegas (Mendes, 2007).

Características como a precariedade do emprego, a tendência à contratação do trabalhador por tempo determinado e a intensificação do trabalho, com a imposição de prazos rigorosos a um elevado ritmo constituem factores que, por um lado, favorecem o aparecimento deste fenómeno (Filho & Siqueira, 2008) e, por outro, inibem a sua revelação e dificultam a sua denúncia. Além disso, a exclusiva preocupação com o lucro e a produtividade tem levado os gestores de empresas a explorarem, cada vez mais, a mão-de-obra contratada e disponível, e a não permitirem uma comunicação salutar e eficaz nos locais de trabalho, constituindo condições básicas para o aparecimento de comportamentos hostis e nefastos, nas relações interpessoais (sobretudo verticais, mas também horizontais) nos locais de trabalho (Sá, 2008; Saraiva & Pinto, 2011; Thofehrn, Amestoy, Carvalho, Andrade, & Milbrath, 2008).

Nas últimas duas décadas, verificou-se um crescente interesse por esta temática. Investigadores nas áreas da gestão, psicologia, sociologia e do direito, entre outros, e de diferentes nacionalidades têm deixado importantes contributos para a sua definição, caracterização e interpretação. Embora ainda escassa, a investigação em Portugal mostra-nos a expressividade deste fenómeno sobre os trabalhadores, como é exemplo disso um estudo no sector da saúde, cujos resultados apresentam uma taxa de incidência de violência muito elevada (37%), onde para além de comportamentos de natureza psicológica, se encontraram

comportamentos de violência verbal, física, discriminação e assédio sexual (Biscaia et al., 2001). A Suécia ou Noruega, pioneiros na integração desta matéria na legislação laboral (Einarsen, 2000), são, pelo contrário, países onde este tipo de condutas menos se tem desenvolvido. Trata-se de um fenómeno que afecta qualquer área de trabalho ou categoria profissional. Não existe consenso quanto à definição nem quanto ao uso da sua nomenclatura (Anderson, 2001), sendo possível encontrar, na bibliografia, designações como *mobbing*, *bullying*, *harassment* ou *acoso moral*. A particularidade deste fenómeno reside no facto das condutas utilizadas pelo agressor serem difíceis de detectar, prolongadas no tempo e, por isso e apesar disso, destruidoras do bem-estar psíquico e físico do trabalhador.

Sendo o enfermeiro um elemento da equipa multidisciplinar de uma organização, deve, como qualquer trabalhador, exercer as suas funções laborais, gozando de plena saúde física e mental. Representa uma profissão com riscos, porque estes profissionais estão inseridos em equipas de trabalho multidisciplinares e vários são os factores capazes de afectar a sua motivação e interacção. É-lhes exigida uma qualificação profissional e, simultaneamente uma prestação de serviços ao mais baixo custo no mercado, bem como polivalência e submissão relativamente a outros profissionais. Os enfermeiros são profissionais que, no exercício das suas funções, estão sob *stress* constante, para poderem dar resposta imediata às necessidades e solicitações dos pacientes, dentro das boas relações desejáveis com a equipa (Carvalho, 2010). Por outro lado, os próprios pacientes tornam mais difíceis as suas relações com os enfermeiros, ao serem, muitas vezes, excessivamente exigentes e mesmo agressivos (Carvalho, 2007, 2010; Hirigoyen, 2002; Luna, 2003).

O assédio moral é um fenómeno destruidor do ambiente de trabalho e reflecte-se na diminuição da produtividade e qualidade dos cuidados prestados. A perda ou menosprezo de valores como a solidariedade, foi alterada por comportamentos perversos de inveja, rivalidade e de forte competitividade. Trata-se de um tipo de violência subtil, sendo considerada, por isso, uma das experiências mais devastadoras que um ser humano pode sofrer em contexto social, ao ser capaz de destruir, física e psicologicamente, o trabalhador (Hirigoyen, 1999).

É urgente compreender o fenómeno para que seja possível intervir de forma preventiva e/ou reabilitativa, nas organizações de saúde onde possa ocorrer. Apostar na prevenção, através da informação e do conhecimento, é a melhor estratégia para se conseguir mudar este estado de coisas, socialmente real e em crescimento.

O presente estudo decorre da seguinte questão de partida: **em que contexto organizacional acontece o assédio moral em enfermagem e de que modo o fenómeno afecta a saúde dos seus profissionais e das organizações?**

Foi utilizada, no seu desenvolvimento, uma metodologia qualitativa de natureza fenomenológica descritiva, pois considera as experiências «tais como são vividas e descritas pelos pessoas» (Fortin, Côte, & Filion, 2009, p. 36). Segundo este tipo de metodologia, o objecto de estudo da investigação são as situações, as intenções e as ideias, cujos significados se encontram nas acções individuais e nas intervenções sociais, a partir da perspectiva intervenientes do processo (Coutinho, 2011).



Tem como objectivos compreender o assédio moral em enfermagem, analisar os elementos intervenientes deste fenómeno, e conhecer as consequências para o trabalhador e para a organização.

A recolha dos dados foi efectuada através da análise das narrativas de seis enfermeiros vítimas de assédio moral, a exercer funções em Portugal, nos sectores público e privado. A «amostragem por redes» foi o tipo de selecção utilizado.

É necessário e urgente termos ambientes de trabalho saudáveis, em que haja uma preocupação com a saúde física e mental dos seus profissionais e, acima de tudo, respeito pela dignidade humana. O presente estudo tem como finalidade mostrar a importância da responsabilização e mudança de mentalidades por parte de gestores e trabalhadores. Os primeiros, porque são os responsáveis pela regulação da cultura e ambiente organizacional; os segundos, porque ao não denunciarem as situações de assédio moral (pessoal e/ou de terceiros) estão a ser permissivos e coniventes com os comportamentos do agressor, por um lado, e a contribuir para que o fenómeno continue a aumentar e, eventualmente, a tornar-se normal, na sociedade. Deverão ser implementadas, nas organizações, campanhas de informação e formação de combate a este e outros riscos psicossociais. Estas intervenções não deverão ter apenas fins preventivos, mas constituir, igualmente, condutas de natureza reabilitativa, nas situações em que o fenómeno já esteja instalado.

O presente estudo é composto, além do resumo e introdução, por cinco capítulos. Nos dois primeiros, é apresentado o estado da arte e o enquadramento da temática. No terceiro, é referida a filosofia da pesquisa, com os respectivos objectivos, método de selecção dos participantes, estratégia de recolha de dados e método utilizado na sua análise. No quarto, são apresentados os resultados do estudo, organizados segundo três entidades, nele directa ou indirectamente envolvidas: vítima, agressor e organização. Com estes dados é feita a sua discussão, no capítulo seguinte (quinto), para depois serem apresentadas as limitações do estudo e feitas as conclusões.



## **CAPÍTULO I - A SAÚDE E A GESTÃO ORGANIZACIONAL**



## 1.1 A COMPONENTE DA SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO

A saúde e a segurança dos trabalhadores fazem parte da gestão e qualidade das empresas, constituindo aqueles, dois factores determinantes para a produtividade e competitividade das mesmas. Por outro lado, além de contribuírem, significativamente, para a promoção do crescimento económico da empresa, permite, a nível individual, a extensão da vida activa do trabalhador no mercado de trabalho. Desvalorizar a saúde e a segurança do trabalhador pode trazer consequências nefastas, tanto para o trabalhador, como para a organização da empresa e para a sociedade em geral. Para M. S. Araújo, McIntyre, e McIntyre (2008), a saúde no trabalho constitui um factor crucial para a produtividade, qualidade do produto ou serviço, sendo, ao mesmo tempo, essencial para a qualidade de vida e bem-estar dos recursos humanos.

O trabalho representa um aspecto fundamental na vida do indivíduo, na medida em que permite o seu desenvolvimento e realização pessoal, bem como a construção de relações sociais, não se limitando, por isso, à simples remuneração em si. Sendo uma actividade colectiva, requer uma série de contribuições, como esforço, tempo, aptidões e habilidades, as quais os indivíduos adquirem e/ou desenvolvem, esperando, em troca, as correspondentes compensações económicas e materiais, mas também e sobretudo psicológicas e sociais, por forma a poder satisfazer as suas naturais necessidades. Faz parte de um processo de construção da identidade e subjectividade de cada trabalhador, ao ser factor potenciador de pertença a um ou mais grupos, de reconhecimento e valorização pessoal, de admiração, respeito e mobilização da inteligência, através da criatividade, assumindo-se, deste modo, como fonte de bem-estar, de prazer e de desenvolvimento humano (Mendes, 2007). Ao invés, vivências de sofrimento, quer físico quer psicológico, no local de trabalho, correspondem, em princípio, a um ambiente de trabalho hostil, onde a rigidez hierárquica muitas vezes impera, com excesso de procedimentos burocráticos, centralização da informação em determinados elementos, falta de participação do trabalhador nas decisões, ou até mesmo o não reconhecimento do seu desempenho e uma fraca perspectiva de progressão na carreira (M. S. Araújo, 2009; Carvalho, 2007; Thofehrn et al., 2008).

O clima organizacional de uma empresa reflecte-se na saúde dos seus colaboradores e é inerente às políticas existentes nas organizações, observando-se no bem-estar das pessoas que nela trabalham (M. S. Araújo et al., 2008). Tem um papel preponderante na qualidade dos serviços prestados e no ambiente de trabalho, pois reflecte o modo de interacção entre as pessoas e os clientes, bem como o grau de satisfação com o contexto que as rodeia (Chiavenato, 1999). Segundo Locke (1976), o ambiente de trabalho define-se como “um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho” (p. 1304).

Se o indivíduo passa grande parte do dia no local de trabalho, será lógico encontrar, nesse local, relações pessoais de elevado valor afectivo. No entanto, as características laborais têm-se vindo a modificar e os riscos psicossociais têm suplantado os riscos físicos, no ambiente laboral, prevendo-se que factores de risco psicossociais como o stress, violência e assédio

sexual, serão a partir de 2014, a principal causa de absentismo em Portugal, ultrapassando as lesões músculo-esqueléticas (LUSA, 2012).

Os actuais modelos de gestão das empresas impõem novos riscos aos trabalhadores, favorecendo o aparecimento de condutas pouco éticas, humilhantes e desumanas, onde existe uma relação marcada pela desigualdade e pelo abuso de poder. Além disso, o local de trabalho tornou-se num palco de frequentes disputas, com incentivos descontrolados à competitividade pelo emprego e onde o não cumprimento de metas exigidas pela administração é transformado em humilhações e intimidações, podendo levar o trabalhador a um quadro de doença mental (Chappell & Di Martino, 2000; Thofehrn et al., 2008) .

A dimensão da subjectividade de cada indivíduo é entendida pela expressão da sua singularidade e individualidade, sendo fundamental, no ambiente de trabalho, o respeito pela forma de ser, estar, pensar e agir do trabalhador (Mendes, 2007). Neste contexto, Heloani e Capitão (2003) referem que “o rompimento de vínculos de relações fundamentais para a manutenção e fortalecimento da subjectividade humana actua de certa forma que pode desencadear o assédio moral, o qual tem sido compreendido, actualmente, como a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho” (p. 106). É, por isso, vital, para a existência de um ambiente de trabalho saudável, o respeito pelo outro e seus direitos, a existência de formas equilibradas de interacção e o estabelecimento de uma comunicação eficaz, tanto no sentido vertical como no sentido horizontal. Tudo isto, porém, exige mudanças, por um lado, ao nível dos comportamentos individuais inadequados e, por outro, ao nível da cultura e organização empresarial.

A satisfação no trabalho é a resposta do indivíduo a um conjunto de factores por ele percebidos, a qual tem uma vertente multidimensional, pois engloba o trabalhador, a organização, o ambiente e o resultado da interacção entre todos estes elementos. Resulta do confronto entre as características do mundo de trabalho com as formas de gestão organizacional e com as características pessoais, como sejam os valores, as crenças, a experiência profissional, a história pessoal. Além disso, há que considerar, também, a avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho e, de um modo geral, da sua vida, ao encará-lo como uma oportunidade de crescimento e de desenvolvimento pessoal. Um indivíduo satisfeito no trabalho, terá um maior envolvimento no trabalho e consequentemente um maior comprometimento para com a organização (Siqueira, 2003).

O trabalho representa um dos aspectos da satisfação do indivíduo em geral. Difere, naturalmente, de indivíduo para indivíduo, mas a sua realização contribui para uma melhor saúde mental. Esta relação trabalho-satisfação não pode ser encarada, por isso, como espaço de neutralidade social (Lancman, Mangia, Gonçalves, & Jardim, 2011). Muchinsky (1994), referindo-se a um estudo realizado por Weaver, observa que o grau de felicidade é um conceito muito generalizado. Neste sentido, as pessoas sentem-se geralmente satisfeitas ou não, consoante a quantidade de factores, geralmente grande, que contribuem para a sua

felicidade total, sendo, por isso, pouco provável que um trabalho insatisfatório seja compensado com a satisfação obtida noutras áreas e vice versa.

Os factores que influenciam o trabalho podem ser de natureza ambiental, material e organizacional. As causas da satisfação e realização pessoal centram-se em questões de natureza individual e organizacional. É nesta última vertente que se inserem os aspectos ligados à perspectiva de progressão na carreira, salário, horário e ritmo de trabalho, estilos de chefia, comportamentos de colegas, comunicação e relações pessoais (Luna, 2003).

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho elabora, de cinco em cinco anos, desde 1990, um inquérito europeu sobre as condições de trabalho. Pretende, assim, observar, de modo eficaz, as alterações ocorridas ao longo do tempo, além de constituir um quadro de referência para futuras investigações e servir de base para a elaboração e implementação de políticas a nível europeu. Segundo o *Quarto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho* (Observatório Europeu das Condições de Trabalho, 2005), os factores potenciadores da existência de níveis elevados de satisfação no trabalho são: i) potenciais oportunidades de progressão na carreira; ii) promoção de uma maior autonomia e controlo na realização das tarefas; iii) capacidade de superar desafios cognitivos, sem pressão ou aumento da intensidade do trabalho; iv) sentimento de pertença à organização; v) sentimento de recompensa pelo trabalho realizado (satisfação pessoal associada a uma justa remuneração) e, vi) equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal. Já os menores níveis da satisfação com o trabalho parecem estar associados a baixos níveis de controlo do trabalho, intensidade elevada e horários de trabalho longos.

Também um estudo realizado por Uva e Prista (2003), a propósito das necessidades e expectativas na segurança e saúde dos técnicos e restantes trabalhadores da saúde, revela-nos que “os médicos e os enfermeiros constituem os grupos profissionais que mais valorizam, na perspectiva de poderem constituir risco para a sua saúde e segurança, alguns dos aspectos das condições de trabalho e da actividade que desempenham” (p. 33). Estes trabalhadores dão maior evidência às condições de trabalho, referindo-se sobretudo ao elevado ritmo e quantidade de trabalho exigido, deixando para segundo plano os factores de risco de natureza biológica. No que refere aos enfermeiros, contudo, os factores de risco mais valorizados são os de natureza biológica (81%), seguidos dos factores de risco psíquicos (76%) e dos relacionados com a organização do trabalho (69%) (p. 26).

Das primeiras conclusões do quinto inquérito europeu sobre as condições de trabalho, desenvolvido nos primeiros seis meses de 2010, em que foram entrevistados 44 000 trabalhadores europeus, estima-se que um quinto tem dificuldade em conciliar, de forma satisfatória, a vida profissional com a vida familiar, e que a intensidade do trabalho se mantém a um nível elevado, desde a última avaliação, exercendo um impacto negativo no bem-estar desses trabalhadores. Acrescenta ainda o referido inquérito que “quanto maior for o número de factores que estabelece o ritmo de trabalho dos trabalhadores [...] maiores serão as exigências que lhe são colocadas e, consequentemente, maior é o potencial do impacto

negativo do trabalho na sua saúde” (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, 2011, p. 6).

O reconhecimento no trabalho e do trabalho constitui um factor determinante para o sucesso e realização pessoal do trabalhador, enquanto o seu não reconhecimento pode conduzir a uma situação de sofrimento mental, com repercussões na saúde, tanto a nível físico como psicológico. As pessoas procuram, no seu local de trabalho, realização pessoal e profissional, com satisfação das suas necessidades de auto-estima e auto-realização. A este respeito, C. Araújo (2007) refere que é “pelo trabalho que as pessoas acabam por defender, de forma holística, o seu equilíbrio psico-fisiológico e social, construindo a sua saúde” (p. 39), podendo deste modo o trabalho ser um factor de instabilidade na saúde do trabalhador, mas também noutras situações constituir um factor de equilíbrio do indivíduo. A não realização pessoal, associada à deterioração das relações de trabalho, pode gerar sofrimento, desequilíbrio psicológico, crises de identidade, sentimentos de insegurança e, de um modo geral, influenciar a saúde mental do trabalhador. Atinge igualmente a família, a organização onde trabalha e, inclusive, o próprio estado, com o pagamento de tratamentos médicos, hospitalizações e reformas prematuras, por incapacidade do indivíduo se adaptar ao trabalho, além de considerável parte desses custos ser suportada pelo sistema de segurança social. Por tudo isto, é fundamental que as empresas proporcionem, incentivem e favoreçam um ambiente de trabalho seguro e saudável, aos seus trabalhadores, num desejável equilíbrio entre os direitos e deveres das partes.

## **1.2 RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO**

O ambiente e a natureza do trabalho também podem influenciar a saúde do trabalhador, uma vez que é considerado, cada vez mais, como um conjunto de factores interdependentes que, todavia, formam um todo, agindo sobre os trabalhadores e afectando não só o ambiente de trabalho e a produtividade da empresa, como também a saúde física e mental dos que nela trabalham. A deterioração das condições de trabalho tem desencadeado o aparecimento de riscos psicossociais, com efeitos irreparáveis na saúde dos trabalhadores, nomeadamente ao nível da saúde mental.

Nas últimas décadas, mudanças significativas ocorreram a nível da economia mundial, com repercussões na gestão das organizações. Este facto levou ao aparecimento de novos riscos psicossociais, considerados ainda emergentes, tais como o *stress*, relacionado com o trabalho, a violência e o assédio moral (Observatório Europeu dos Riscos, 2009, 2010).

Segundo a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, as “estimativas de custos baseados em evidências empíricas, embora difícil de estabelecer, sugerem que existem consideráveis benefícios financeiros a serem obtidos na redução dos níveis de violência no trabalho, já que este tipo de violência reduz a produtividade em 1%-2%” (Di Martino, Hoel, & Cooper, 2003, p. 5).



No contexto específico do assédio moral, o *stress* pode advir de factores relacionados com uma má gestão da organização, ao exigir do trabalhador um elevado ritmo, elevadas exigências profissionais ou um fraco controlo sobre a mesma, interrupções inesperadas do trabalho, discrepância entre as qualificações e as exigências profissionais, a par, muitas vezes, de formas e processos de intimidação (Observatório Europeu dos Riscos, 2009).

Actualmente, os problemas relacionados com a saúde mental, nomeadamente a depressão, constituem uma das principais causas de incapacidade dos trabalhadores; e segundo os autores Leka e Jain (2010), da Organização Mundial de Saúde- OMS, referindo o trabalho de Murray & Lopez, prevê-se que, em 2020, esta seja a segunda maior causa de doença.

A Organização Internacional do Trabalho-OIT (International Labour Office & World Health Organization, 1986)<sup>1</sup> define riscos psicossociais como sendo o resultado da interacção entre o indivíduo e suas capacidades, necessidades, percepções, questões culturais, experiência pessoal e profissional, por um lado, e o ambiente de trabalho, conteúdo do mesmo e condições organizacionais, por outro, o que pode influenciar a satisfação, saúde e desempenho do trabalhador. Segundo resultados de um inquérito europeu realizado em 2005 (Observatório Europeu das Condições de Trabalho, 2005), numa amostra de cerca 30 000 trabalhadores europeus, realizado em 2005, os trabalhadores expostos a riscos psicossociais, em especial o assédio e intimidação, são indivíduos com maior propensão a faltar, por motivos de doença relacionados com o trabalho (23%), quando a média é de 7%, ausentando-se do trabalho por períodos mais longos.

Alterações profundas nas características do mercado de trabalho têm-se verificado, marcadas por um contexto socioeconómico em constante mudança, globalizado e de rápida evolução tecnológica, associado à competitividade e flexibilidade de emprego, tem favorecido o desenvolvimento de condutas hostis no dia a dia do trabalhador. A nível organizacional novas políticas de gestão e reorganização das empresas exigem ao trabalhador polivalência, eficiência funcional e competitividade (Verdasca, 2010). Também uma organização assente numa hierarquia rígida que não permite uma comunicação e o diálogo eficazes, podem levar ao aparecimento de comportamentos prejudiciais para as relações interpessoais, nos ambiente contextos de trabalho (Sá, 2008; Saraiva & Pinto, 2011; Thofehrn et al., 2008). Filho e Siqueira (2008) acrescentam, ainda, que, perante tais mudanças a nível organizacional, possa surgir um diferente perfil de trabalhador: mais competitivo, polivalente, qualificado e criativo, por um lado, mas que, por outro, não está preparado para esta nova realidade de a qualquer momento poder perder o seu posto de trabalho. Surge deste modo o sofrimento psíquico, o qual, segundo Dejours (1987), resulta do “choque entre uma história individual, portadora de projectos, de esperanças e de desejos, e uma organização de trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais semelhante com as suas necessidades fisiológicas e seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem/trabalho

---

<sup>1</sup> Tradução do autor.

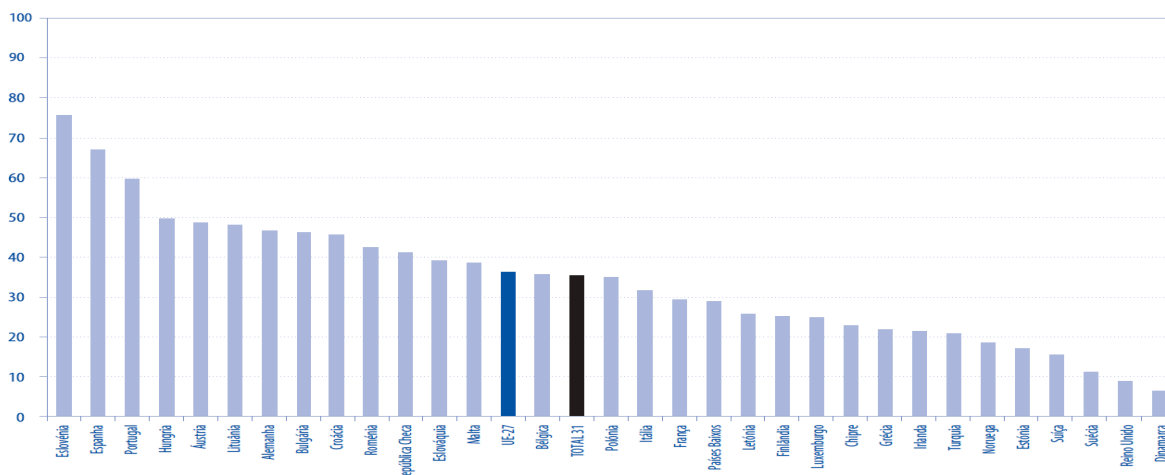
é bloqueada” (p. 133). Neste âmbito, Hirigoyen (1999) reforça que a empresa “pode, em si mesma, tornar-se um sistema perverso, quando o fim justifica os meios e ela se presta a tudo, inclusive a destruir os indivíduos, para perseguir os seus objectivos” (p. 92), onde para além disso, todos estes factores contribuem para o desenvolvimento de condutas pouco éticas e hostis, no dia a dia do trabalhador, tornando a sua vida difícil.

Com a missão de tornar o local de trabalho num ambiente seguro, saudável e produtivo, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho desenvolveu um inquérito dirigido às empresas sobre riscos emergentes (Observatório Europeu dos Riscos, 2010). As conclusões deste inquérito, realizado em 31 países, permitiu de um modo global avaliar a gestão das empresas relativamente à questão da segurança, saúde e bem-estar do trabalhador. Assumiu particular importância ao proporcionar aos decisores políticos, dados comparáveis com outros países da Europa, importantes para a concepção e implementação de novas políticas nesta área. Neste estudo, a violência ou ameaça de violência, a intimidação e o assédio são referidos como motivos de muita ou alguma preocupação por cerca de 40% dos inquiridos, sendo as taxas mais elevadas no sector da saúde e da acção social. As principais medidas tomadas para lidar com este tipo de riscos foram as acções de formação (cerca de 60%) e alterações na forma como o trabalho é organizado (40%), opondo-se com medidas como a implementação de procedimentos de resolução de conflitos (cerca de 22%), ou até mesmo aconselhamento confidencial para os trabalhadores (cerca de 32%). Os países escandinavos declararam ter, mais frequentemente, representantes dos trabalhadores na empresa, ao contrário de Portugal e da Grécia. Em Portugal, as empresas ainda não têm políticas implementadas a este nível, ocupando o 23º lugar, a nível europeu, com políticas formais de SST implementadas. Ocupa o terceiro lugar (60 %) sobre a existência de avaliações de risco ou verificações dos locais de trabalho, efectuadas por serviços externos, podendo-se justificar este recurso a empresas externas com um baixo nível de compromisso da direcção das empresas para com a segurança e saúde do trabalhador (Figura 1).

Por outro lado, apenas cerca de 10% das empresas portuguesas possuem procedimentos para lidar com os riscos de intimidação ou assédio, contrastando com o Reino Unido que possui cerca de 90% (Figura 2). No que diz respeito às razões para abordar as questões de segurança e saúde no trabalho, 78% das empresas portuguesas referiram a sua importância, mas que ainda se observa barreiras à gestão dos riscos psicossociais, salientando a delicadeza do assunto (54%), a falta de recursos, como tempo, pessoal ou verbas (65%), e ainda a falta de formação e/ou competências (54%). De realçar, também, o envolvimento dos trabalhadores na questão da segurança no trabalho em que Portugal ocupa o 7º lugar, no que se refere a informar os trabalhadores dos riscos psicossociais associados ao trabalho e aos seus efeitos na saúde. Já no que refere ao grau de envolvimento por parte dos gestores com as questões da segurança dos trabalhadores, Portugal ocupa o 15º lugar, ao nível das chefias intermédias, e o 24º lugar, relativamente a países europeus em que as questões da SST são discutidas em reuniões de direcção. Estes dados vão no sentido de que se trata ainda de assunto com pouca

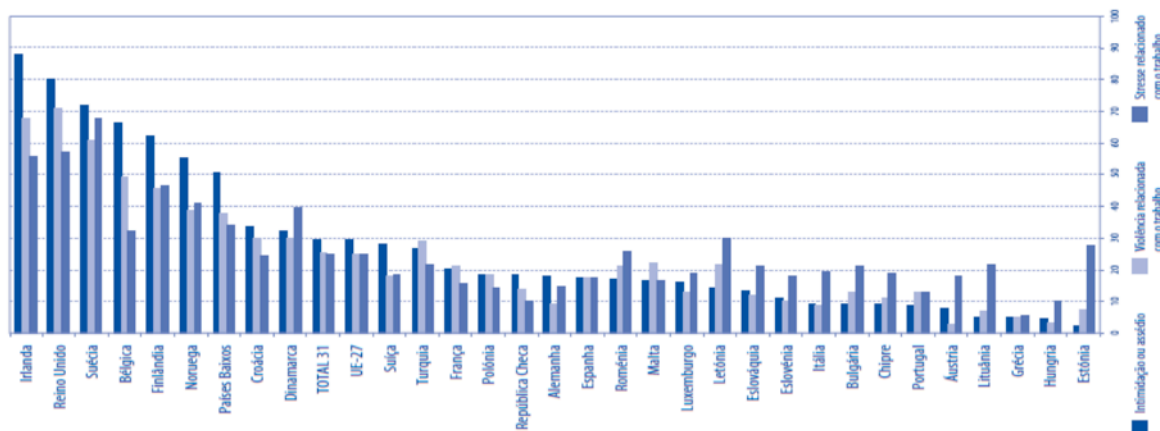
importância para os administradores das empresas portuguesas (Observatório Europeu dos Riscos, 2010).

**Figura 1: Avaliações de riscos ou verificações dos locais de trabalho, normalmente delegadas a empresas prestadoras de serviços externos, por país**



**Fonte:** Observatório Europeu dos Riscos. (2010). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. Bilbao: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, p. 6.

**Figura 2: Procedimentos para lidar com os riscos psicossociais no trabalho, por país (% de empresas)**



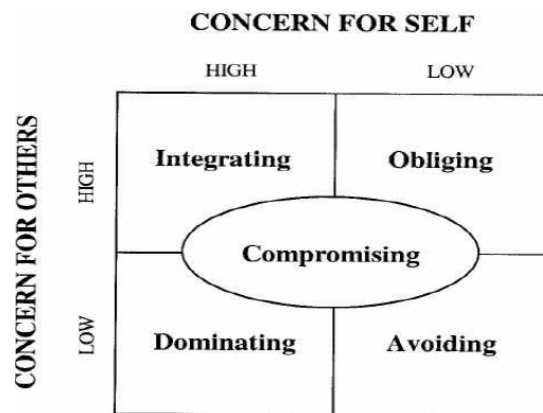
**Fonte:** Observatório Europeu dos Riscos. (2010). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. Bilbao: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, p. 9.

Ao contrário do que acontece, a existência de conflitos nas organizações deveria ser vista e interpretada como um processo de aprendizagem, visando, por um lado, a melhoria das relações interpessoais, e, por outro, a elaboração de estratégias de gestão de conflitos.

O modelo de gestão de conflitos de Rahim (2002) surge na tentativa de explicar as reacções do indivíduo perante situações de conflito, tendo sempre como pressuposto, todas as acções do indivíduo se orientarem segundo as suas motivações (Figura 3). É composto da dimensão que assenta na preocupação do indivíduo em satisfazer os seus próprios interesses e, na

dimensão que explica o baixo ou elevado grau que a pessoa tem em satisfazer o interesse dos outros.

Figura 3: Modelo de gestão de conflitos



Fonte: Rahim, MA. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. The International Journal of Conflict Management, 13(3), p. 217.

Da combinação destas duas dimensões surgem cinco formas de lidar com os conflitos interpessoais, que a seguir se indicam e descrevem brevemente:

- A submissão, que atende sobretudo aos interesses dos outros. Surge, habitualmente, quando o indivíduo tem uma posição de poder reduzido.
- A integração ou solução do problema, que atende aos interesses de ambos.
- O evitamento ou afastamento, que não tem em conta o interesse de ambas as partes.
- A resolução do problema, cujo objectivo se centra nos interesses do próprio.
- A negociação ou compromisso, cujo objectivo se centra em atingir um ponto de equilíbrio entre os interesses das duas partes. Surge, habitualmente, quando o indivíduo com posição inferior tem alguma margem para negociar.

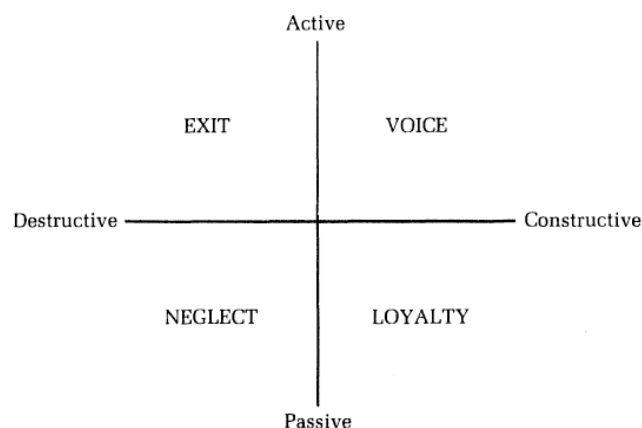
O grau de insatisfação no trabalho afecta muito os comportamentos do trabalhador e tem consequências negativas não só para si como também para a organização onde trabalha. Pode manifestar-se sob as mais variadas formas, sendo algumas das reacções mais frequentes o absentismo, a rotatividade ou mesmo a demissão.

O assédio moral no local de trabalho tem a particularidade de se caracterizar por ser um conflito onde se verifica um desequilíbrio de poder. As decisões tomadas pela vítima, por isso, na gestão dos conflitos poderão não ser as mais adequadas. Constituem, todavia, os mecanismos mais eficazes e adequados às necessidades e recursos da vítima. Poderão ir de um estado de submissão ao agressor, porque a vítima necessita do emprego, ao afastamento psicológico, onde se verifica uma apatia e desinteresse, ao afastamento físico, com a sua transferência ou até demissão da empresa onde trabalha. Por outro lado, estratégias como o compromisso ou a integração (solução do problema), tidas como as mais adequadas na resolução de conflitos, são consideradas, no caso do assédio moral no local de trabalho, impossíveis ou até mesmo capazes de piorar a situação.

Neste sentido, surge o modelo EVNL, criado por Hirschmann nos anos 70 e mais tarde desenvolvido por Rusbult, Farrell, Rogers, e Mainous III (1988). Analisa as consequências da insatisfação no trabalho e define quatro reacções possíveis em situações organizacionais adversas, nomeadamente em situações de assédio moral. Este modelo, apresentado na (Figura 4), identifica as seguintes formas dos trabalhadores responderem à insatisfação no trabalho:

- «Exit / Saída» : sair da situação e poderá corresponder a uma situação de transferência de serviço, o funcionário procurar alternativas de emprego, até mesmo à sua saída da organização.
- «Voice / Voz» : tentativa activa e construtiva de mudar a situação. Discutir o problema com os colegas e/ou superiores hierárquicos, sugerir soluções ou procurar ajuda fora da organização são alternativas possíveis;
- «Neglect / Negligência» : menor compromisso e empenho para com a profissão e organização, verificando-se uma redução de esforço e uma menor atenção e qualidade no trabalho prestado. É uma atitude com consequências negativas para a empresa, pois os comportamentos do trabalhador estão dirigidos para a destruição da relação.
- «Loyalty / Lealdade» : traduz-se no comportamento passivo do trabalhador que, aguarda de forma inactiva que o problema se resolva. Nesta situação o trabalhador permanece na instituição, defendendo-a publicamente.

**Figura 4: Modelo EVNL**



**Fonte:** Rusbult, CE, Farrell, D, Rogers, G, & Mainous III, AG. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: An integrative model of responses to declining job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), p. 601.

Este modelo assenta em duas linhas de orientação: sendo que a primeira representa o impacto da acção sobre o problema («activo/passivo»); a segunda o impacto da acção na relação empregado/organização («construtivo/destrutivo»). Dependendo da situação, um trabalhador poderá responder à sua insatisfação no trabalho com uma ou combinando as quatro formas de reacção. As respostas «loyalty / lealdade» e «voice / voz» são consideradas construtivas. Por outro lado, as «neglect / negligência» e «exit / saída» são geralmente consideradas respostas destrutivas, na medida em que o trabalhador, ao optar por elas, decide que não vale a pena manter a relação com a organização.

No caso particular do assédio moral, são os comportamentos do agressor os responsáveis pela insatisfação da vítima no local de trabalho, tornando-se infrutíferas todas as tentativas da

vítima em solucionar o problema. A(s) resposta(s) do trabalhador não dependem, todavia, exclusivamente dos comportamentos do agressor. Depende também da personalidade da vítima, do meio envolvente e dos apoios internos e externos da organização. Um factor determinante poderá ser as alternativas de emprego. Com a conjectura económica que se vive actualmente, muitas vezes o trabalhador não opta, numa fase inicial, pela resposta «exit», considerando que consegue aguentar a relação com o agressor, acabando por verificar, mais tarde, ser a única alternativa. Aqueles que têm um elevado comprometimento com a organização não se revêem, também, na reacção «exit», preferido utilizar, por exemplo, a «voice» como alternativa. No que diz respeito à personalidade, esta pode influenciar fortemente a reacção do trabalhador, na medida em que um indivíduo íntegro não elege a reacção «neglect» como alternativa. Uma boa relação com a equipa inter-disciplinar poderá influenciar uma resposta positiva a situações organizacionais negativas.

Os modelos anteriormente apresentados foram um importante contributo para compreensão dos comportamentos das vítimas de assédio moral deste estudo, relativamente às suas reacções face ao conflito em escalada (modelo de Rahim), bem como à forma como estes profissionais lidaram com a insatisfação o trabalho (modelo EVNL).

## **CAPÍTULO II - ASSÉDIO MORAL**





## 2.1 CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DO FENÓMENO

O assédio moral é um assunto de particular relevo na realidade laboral quotidiana, na medida em que é um conflito em escalada que evolui ao longo do tempo. Caracteriza-se:

*“por ser um processo de estigmatização e privação dos direitos fundamentais do trabalhador. Se tal dinâmica se mantiver durante muito tempo, poderá conduzir à exclusão do mercado laboral, porque o profissional atingido, é incapaz de encontrar um novo emprego devido aos danos psicológicos que lhe foram infligidos” (Leymann, 1996a, p. 165).*

Constitui um processo destrutivo das relações inter-pessoais que afecta a vida social e privada do indivíduo. Não se trata, contudo, de um fenómeno novo, pois acontece desde a existência da organização da vida do ser humano em sociedade. Observa Hirigoyen (1999):

*“Se bem que o assédio no trabalho seja tão velho como o próprio trabalho, foi só no princípio desta década que ele foi verdadeiramente identificado como um fenómeno que destrói o ambiente de trabalho, diminui a produtividade, mas que favorece também o absentismo pelos desgastes psicológicos que arrasta consigo” (p. 61).*

Caracteriza-se por uma interacção assimétrica e destruidora, que se agrava em momentos de crise. Uma empresa onde o assédio já exista, com a crise haverá uma tendência natural em se salientar esse registo. Por outro lado, os colegas da vítima por cobardia, egoísmo ou medo preferem-se manter à distância deste conflito. A singularidade deste fenómeno em relação a outras formas de sacrifício no trabalho é a predominância da humilhação e da vergonha, onde as vítimas apenas pretendem recuperar a sua honra ultrajada (Hirigoyen, 1999, 2002).

Surge intimamente ligado ao cumprimento de objectivos, a reestruturações radicais nas empresas, ao excesso de mão de obra, a redução de postos de trabalho e ainda a uma cada vez maior competitividade entre os trabalhadores que tudo fazem para progredir, mesmo ultrapassar limites éticos (Salin, 2006; Thofehrn et al., 2008).

Também as condições de trabalho difíceis onde predominam as relações de poder, constituem um contexto favorável ao seu aparecimento, sendo no entanto possível pará-lo se a vítima, elemento activo deste processo, for capaz de identificar o problema, não retribuir e acima de tudo se souber como travar este tipo de comportamentos (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2003).

A peculiaridade do *mobbing* reside no facto do agressor utilizar condutas difíceis de detectar, sendo, ao mesmo tempo, destruidoras do bem-estar físico e psíquico do trabalhador. Além disso, quando o assédio ocorre de forma isolada, os seus efeitos parece não serem tão graves, como quando acontecem de modo frequente e repetido ao longo do tempo. É nestes casos, pelo seu efeito cumulativo, que o assédio pode, provocar agressão a nível mental (Hirigoyen, 2002; Leymann, 1996a).

O assédio moral só acontece se houver uma vítima, um agressor que usa o abuso de poder e a manipulação perversa, e a cumplicidade de quem assiste a este fenómeno. Apesar de não existir um modelo específico de empresa para que este fenómeno ocorra, há maior probabilidade de acontecer em empresas onde não exista uma estrutura hierárquica bem definida em que o acesso a postos de poder e responsabilidade se faça de forma pouco clara.

Para além disso, ocorre em instituições que consideram o poder e o controlo como valores prioritários, sobre a produtividade e a eficácia (Fornés, 2001, 2002). Já Hirigoyen (1999) salienta o facto de que a esta guerra laboral é inerente uma instituição incompetente para resolver conflitos.

Para Luna (2003), existe uma pluralidade de factores organizacionais para a ocorrência do assédio moral, entre eles:

- Uma organização de trabalho deficiente;
- Dificuldades na gestão de conflitos;
- Carga excessiva de trabalho devido à escassez de elementos ou a uma má distribuição dos mesmos;
- Insatisfação no trabalho;
- Trabalho intensivo;
- Alto grau de competitividade;
- Menor estabilidade no emprego e uma situação laboral precária;
- Recursos humanos e materiais precários;
- Tarefas monótonas e com pouca autonomia.

No que diz respeito às consequências, o assédio moral provoca efeitos negativos na saúde física e psicológica do trabalhador. São sintomas frequentes, de tal estado, cansaço, dores de cabeça, perturbações do sono, perturbações músculo-esqueléticas, ansiedade, depressão e expressão de humor triste (Einarsen, Mikkelsen, & Matthiesen, 1999; Vartia, 2001). A prolongar-se no tempo, o assédio dará origem a sentimentos de desvalorização e/ou de culpabilidade, indiferença e apatia pelo que o rodeia. Concretizado e prolongado, o assédio deixa marcas indeléveis na vítima, que podem ir do sentimento de vergonha à modificação da personalidade. A desvalorização de si próprio persiste, mesmo quando afastado do agressor. Esta situação de fragilidade leva-o a viver, de forma consciente ou inconsciente, em condições de temor e de dúvida permanente (Hirigoyen, 2002).

Tem custos que vão para além da saúde do trabalhador. Poderá atingir também a organização e a sociedade, uma vez que se trata de um fenómeno capaz de destruir o ambiente no local de trabalho, diminuir a produtividade e favorecer o absentismo pelo desgaste psicológico que arrasta consigo (Hirigoyen, 1999).

Do ponto de vista dos custos para o trabalhador, verifica-se o aumento do risco de acidentes de trabalho, sensação de frustração, desmotivação, *stress*, desempenho ineficaz, discriminação e estigmatização, deterioração da saúde, incapacidade para o trabalho, absentismo e o suicídio. No que se refere aos custos para a organização, estes agrupam-se em custos directos, indirectos e intangíveis. Os custos directos estão relacionados com a doença e invalidez, responsabilidades legais, absentismo e volume de negócios. Os custos indirectos são os que têm um impacto negativo sobre a eficiência operacional, o desempenho e a produtividade da organização, onde podemos incluir o empobrecimento das relações laborais ou mesmo uma redução dos compromissos de trabalhador para com a organização. Por fim, os custos intangíveis dizem respeito a factores como a imagem da organização, a criatividade, a qualidade, o ambiente de trabalho e a capacidade de inovação. Relativamente aos custos para a sociedade, verifica-se o desemprego, pedidos de indemnização e perturbações na vida social

e familiar. Um trabalhador assediado deixa de participar nas actividades, não manifesta as suas opiniões e críticas, no sentido de melhorar a vida em comunidade. Por outro lado, o seu frágil estado de saúde leva-o ao afastamento do emprego (Di Martino, 2005).

Também se registam consequências externas à organização, como a não satisfação dos clientes. No caso do sector dos serviços, esta situação torna-se mais visível pela forte interacção humana existente. Daí que o impacto da satisfação dos empregados sobre a satisfação dos clientes se torne particularmente evidente (Cunha, Cardoso, Cunha, & Rego, 2003).

Dados revelados no Quarto inquérito europeu sobre as condições do trabalho (Parent-Thirion, Macías, Hurley, & Vermeulen, 2007), realizado em 2005, revela-nos que 5% dos inquiridos foi vítima de assédio moral no local de trabalho durante os últimos doze meses. As empresas de maior dimensão, com mais de 250 trabalhadores, foram consideradas os locais mais propícios para a ocorrência do assédio e os sectores da saúde, serviços sociais, educação e hotelaria/restauração as áreas mais vulneráveis, na medida em que apresentam níveis de incidência acima da média europeia. Para além disso, ainda segundo o referido inquérito, no que diz respeito ao género, o sexo feminino regista taxas de incidência superiores aos homens (6% para 4%); as mulheres jovens, com idade inferior a 30 anos têm maior propensão a serem vítimas (8%) e os trabalhadores por conta de outro são mais susceptíveis do que os trabalhadores por conta própria.

Também Milczarek (2010), no seu relatório para a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), sobre assédio e violência no trabalho relativo ao ano 2008, refere a violência, a intimidação e o assédio no trabalho como os indicadores comuns, cada vez mais evidentes na Europa, apesar das medidas implementadas pelos governos e organizações internacionais. Refere ainda que o assédio e a violência de terceiros afectam entre 5% a 20% dos trabalhadores europeus em função do país, do sector e da metodologia empregue e também que 40% dos gestores europeus se preocupam com a problemática, embora apenas 25% tenha implementado nas suas organizações procedimentos com vista ao tratamento da questão.

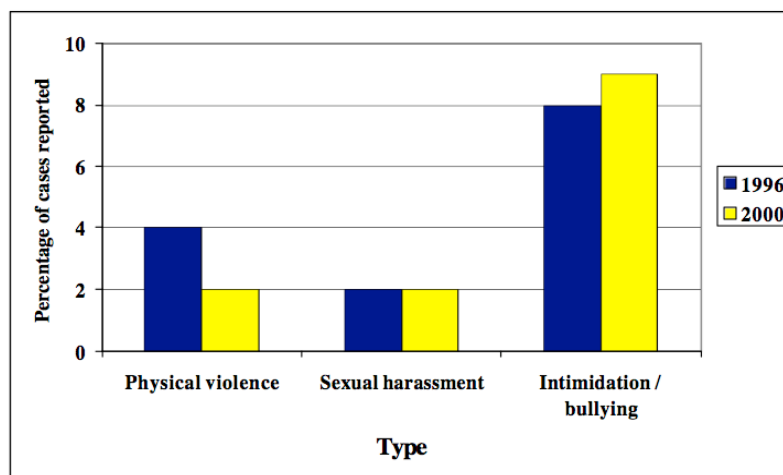
A maioria dos estudos sobre violência no trabalho tende a focar os seus objectivos em apenas um tipo de violência. Porém, quando comparados os vários tipos de violência (Figura 5), nomeadamente a violência física, sexual e psicológica, constata-se que os níveis de violência psicológica são substancialmente superiores aos da violência física.

A violência psicológica tem maior incidência nas mulheres que nos homens, sendo os jovens trabalhadores a apresentarem maior risco de intimidação que os idosos. Afecta trabalhadores assim como os gestores das organizações, sendo que nestes últimos a violência verifica-se de modo ascendente na hierarquia da organização, parecendo ainda haver maior risco de assédio no sector público do que no sector privado (Di Martino et al., 2003).

Os estudos científicos sobre este tema são relativamente recentes, não existindo, ainda, um consenso generalizado quanto à sua definição nem, tão pouco, quanto à sua nomenclatura. Por exemplo, em Itália, denomina-se *molestie psicologiche*; nos Países Escandinavos, Alemanha,

Estados Unidos e Suécia, *mobbing*; em Inglaterra e Austrália, *bullying*, *bossing* ou *harassment*; em Espanha, *acoso moral*, *acoso psicológico* ou *psicoterrorismo laboral*; no Brasil, *assédio psicológico*, *assédio moral* e *mobbing*; em França, *harcèlement moral*; no Japão, *ijime* (ostracismo social) e em Portugal, usam-se os termos *assédio moral* ou *coação moral* (M. S. Araújo, 2009; Hirigoyen, 2002).

Figura 5: Tendências da violência no trabalho nos países da UE



**Fonte:** Di Martino, V. (2003). Workplace violence in the health sector: Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Genève: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, p. 4.

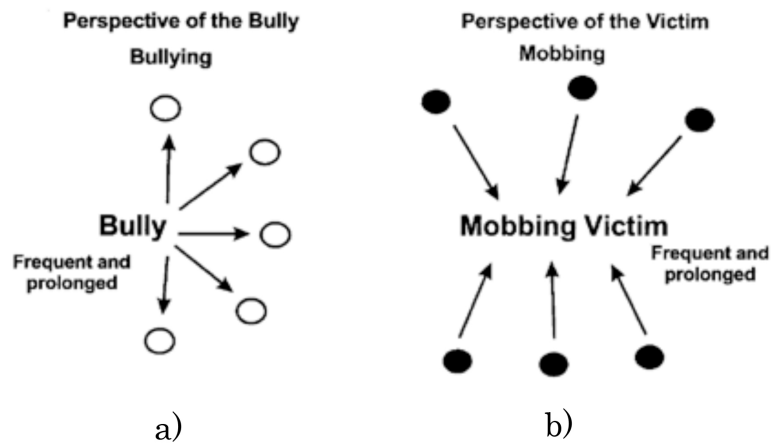
A expressão assédio moral é a tradução para o português das designações *mobbing* e *bullying*. O primeiro termo, de origem anglo-saxónica, provém do verbo *to mob* e significa maltratar, desqualificar, atacar e pressionar. Enquanto substantivo, a palavra *mob* significa multidão ou bando. O conceito de *bullying* vem do inglês *to bully* e significa brutalizar, tratar com rudeza. Refere-se a situações de humilhação, vexames ou ameaças. Terá sido utilizado, inicialmente, para designar maus tratos dado por grupos de crianças a outras crianças, alargando-se, mais tarde, à caracterização das agressões observadas no exército, na vida familiar e no mundo do trabalho. Esta terminologia foi introduzida, na psicologia do trabalho, por Lazarus, nos anos 80 (Hirigoyen, 2002).

Uma melhor compreensão das diferenças, entre os termos *mobbing* e *bullying*, pode ser representada pelo esquema seguinte (Figura 6), elaborado por Zapf e Einarsen (2005):

Para estes autores, o *bullying* consiste na relação entre um indivíduo que agride, frequentemente e durante um longo período de tempo, um ou mais indivíduos, suas vítimas (a). Não se poderão considerar vítimas todos os alvos de assédio moral, na medida em que nem todos os indivíduos estarão expostos aos comportamentos do agressor. Além disso, o facto de não estarem isolados poderá ajudá-los a superar este conflito. Em (b), um ou mais agressores têm comportamentos negativos, de forma sistemática, sobre um só indivíduo. No *mobbing*, os comportamentos de assédio são na perspectiva da vítima e a intensidade e periodicidade com que cada um dos agressores faz os seus ataques não é significativo. Todavia, a vítima vai percepcioná-los de forma intensa, frequente e com relações entre si. Estes autores acrescentam, ainda, no seu estudo, que os indivíduos responsáveis por tais condutas podem

não estar conscientes dos efeitos sofridos pela vítima, embora esta os sinta como actos intencionais (Zapf & Einarsen, 2005).

Figura 6: *Bullying* e *Mobbing*: Perspectiva do agressor e da vítima



**Fonte:** Zapf, D. & Einarsen, S. (2005). Mobbing at work: Escalated conflicts in organization. Em Suzy Fox & Paul E. Spector (Eds.), *Counterproductive Work Behavior: Investigations of Actors and Targets* (pp. 237--270). Washington, DC, US: American Psychological Association, p. 244.

O termo *mobbing* terá sido utilizado, pela primeira vez, pelo etnólogo Konrad Lorenz, no seu estudo dedicado a este tipo de comportamentos, em grupos de animais. Na década de 70 do século passado, também o médico sueco Peter-Paul Heinemann utiliza o termo para descrever o comportamento hostil dentro de grupos de crianças em ambiente escolar, quer individualmente quer em grupo.

Atribui-se ao psiquiatra Carrol Brodsky, a publicação do primeiro livro sobre assédio moral no local de trabalho - *The harassed worker* - em 1976. Nesta obra, o autor identifica outros tipos de violência persecutória no trabalho, além do assédio sexual ou racial. Encontra, nas organizações de trabalho, comportamentos que, aplicados de forma repetida e persistente, causam, nos trabalhadores, medo, desconforto, intimidação e frustração, podendo ir desde a pressão laboral excessiva aos comportamentos de agressão física ou verbal.

Já na década de 1980, o investigador alemão Heinz Leymann, considerado o precursor do *mobbing*, cuja participação, na investigação e conhecimento deste fenómeno, foi fundamental, sendo considerados os resultados das suas pesquisas uma referência para a comunidade científica. Nas suas análises, encontrou comportamentos de assédio moral nas relações de trabalho e, baseando-se na obra de Heinemann, adoptou o mesmo conceito, mas para descrever o assédio nas organizações. Leymann foi quem realizou o primeiro estudo empírico sobre este tipo de assédio, tendo os seus trabalhos atraído o interesse para o tema, a nível nacional e internacional. Em 1986, publica o seu primeiro livro, intitulado *Mobbing: psychological violence at work* e, como resultado das suas investigações, vê, em 1993, a Suécia, onde reside, ser o primeiro país a adoptar legislação contra o assédio no local de trabalho. Além disso, destaca-se no campo da investigação, pelo forte compromisso de utilização de uma metodologia transparente, tendo desenvolvido um instrumento com o objectivo de medir o nível de

incidência deste fenómeno, denominado “Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)”. Este investigador entende o assédio moral como uma forma grave de *stress* psicossocial, provocada por um agente agressor, e considera irrelevante a percepção subjectiva por parte das vítimas, pelo que a sua definição de assédio moral, no local de trabalho, não contempla o facto de os indivíduos se considerarem ou não alvo de assédio. Segundo Leymann:

*«Terror psicológico ou assédio moral na vida profissional significa comunicação hostil e anti-ética que é dirigida de forma sistemática, por uma ou mais pessoas, a um indivíduo. Há também casos em que tal assédio moral é mútuo, até que um dos participantes se torne oprimido. Estas acções ocorrem frequentemente (quase todos os dias) e por um longo período (pelo menos seis meses) e, dada esta frequência e duração, resulta num sofrimento psicológico, psicossomático e social considerável. Esta definição elimina conflitos temporários e centra-se numa zona de transição, onde a situação psicossocial começa a dar lugar a estados patológicos psiquiátricos e/ou psicossomáticos»<sup>2</sup> (Leymann, 1990, p. 120).*

Considerado o impulsionador do conhecimento aprofundado do assédio moral, Leymann conseguiu atrair a atenção de investigadores de outros países, nomeadamente escandinavos, em particular Noruega e Finlândia, que, um pouco mais tarde, viriam a adoptar também legislação específica nesta área.

Outro nome a destacar é Stale Einarsen, considerado, na actualidade, o investigador com maior projecção neste domínio, pelo contributo dado. Ao contrário de Leymann, dá ênfase às vivências das vítimas e ao carácter subjectivo das suas percepções. A sua atenção centra-se na vítima e nas consequências devastadoras que estes comportamentos têm na sua saúde, e não nos comportamentos agressivos dos agressores, cuja conduta é intencional. Para este autor, «uma pessoa é assediada quando é sujeita de forma repetida a actos negativos, estando numa situação em que tem dificuldade em defender-se» (Einarsen, 1996, p. 14). Em estudos recentes, Einarsen et al. (2003) descrevem-nos o assédio moral nos seguintes termos:

*«O assédio moral no local de trabalho significa ofender, excluir socialmente alguém ou afetar negativamente o seu desempenho no trabalho. Os comportamentos negativos associados a este tipo de assédio têm de ocorrer repetidamente e regularmente (semanalmente) e durante um determinado período de tempo (seis meses). O assédio moral é um conflito em escalada, no decorrer do qual o alvo dos referidos comportamentos tem, ou adquire, uma posição de inferioridade e sente dificuldade em se defender com sucesso. Um conflito laboral não pode ser considerado assédio moral se for um incidente isolado ou se as partes envolvidas tiverem o mesmo poder» (Einarsen et al., 2003, p. 13).*

Apesar da investigação académica, até aos anos 90 do século passado, ter sido realizada, fundamentalmente, nos países escandinavos, é de realçar ainda o contributo de outros autores que, pese embora seu conteúdo meramente narrativo, tiveram impacto na divulgação deste fenómeno. São os casos de Randall (1999), com a publicação de *Adult Bullying: Perpetrators and Victims* e da jornalista inglesa Adams (1992), não só pela publicação do livro *Bullying at Work: How to Confront and Overcome It*, mas também o forte impacto que tiveram os seus

---

<sup>2</sup> Tradução da autora deste estudo

documentários, transmitidos pela BBC, o público pôde, assim, rever as suas experiências profissionais neles retratadas, sendo dada, ao mesmo tempo, oportunidade às pessoas de poderem expressar as suas vivências, o que permitiu tornar este tema mais conhecido, junto da opinião pública (Einarsen, Hoel, Zapf, & Cooper, 2011).

Num período de tempo relativamente reduzido (com cerca de 20 anos), vários têm sido os investigadores, de diferentes nacionalidades, a interessarem-se pelo fenómeno e a deixarem importantes contributos para a sua definição e caracterização. Os resultados destes estudos indicam que o assédio moral, no local de trabalho, se encontra em maior escala em países como Portugal e Reino Unido, ao contrário de países como a Suécia ou Noruega (Einarsen, 2000). A justificação para tal pode encontrar-se no facto destes países terem sido pioneiros na introdução de legislação sobre condições de trabalho, que garantia a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores (Leymann, 1996a).

Investigadores de países como a Finlândia (Bjorkqvist, Osterman, & Hiet-Bdck, 1994), Noruega (Einarsen, Matthiesen, & Skogstad, 2007; Einarsen & Raknes, 1997), Áustria (Nield, 1996), Reino Unido (Hoel, Rayner, & Cooper, 1999) e Alemanha (Zapf, Knorz, & Kulla, 1996; Zapf & Leymann, 1996; Zapf & Wolfgang, 1999) têm mostrado a verdadeira dimensão deste fenómeno social, nos mais variados sectores de actividade.

Nos últimos anos tem sido uma preocupação crescente por parte de investigadores e profissionais, sendo por isso motivo de pesquisa, embora ainda escassa, nas diferentes áreas de investigação em Portugal. Podem-se encontrar pesquisas na área da gestão (Vilas-Boas, 2005) (Verdasca, 2010), do direito (Pereira, 2009) (Redinha, 2003), da medicina (Ferrinho, Bisciaia, et al., 2003) (Serra, Ramalheira, Moura-Ramos, & Homem, 2005), da enfermagem (Sá & Fleming, 2008) (Carvalho, 2010), da psicologia (M. S. Araújo et al., 2008) e da sociologia (Almeida, 2007).

O processo de assédio começa, geralmente, de forma insidiosa, mas rapidamente atinge um ponto, cujo retorno se torna difícil para a vítima. A sua origem difere em função do agressor. É importante, por isso, distinguir o assédio proveniente do empregador daquele que vem da hierarquia, na medida em que, apesar de ambos serem responsáveis pelo comportamento adoptado na empresa, muitas vezes, e sobretudo nas instituições de maior dimensão, este fenómeno não tem a sua origem no empregador (Hirigoyen, 2002).

Assim, podemos distinguir os seguintes tipos de assédio:

- a) Assédio vertical descendente. Provém da hierarquia e origina consequências mais graves para o trabalhador do que o assédio provocado por colegas, em virtude de a vítima se sentir ainda mais isolada e sem meios, nem condições para resistir. Dentro deste tipo de assédio, podem identificar-se, ainda, alguns subtipos, a saber:
  1. Assédio perverso, no qual o agressor adopta comportamentos com a pura finalidade de destruir o outro e valorizar o seu poder;
  2. Assédio institucional, considerado pelo gestores como um instrumento de gestão de pessoal;

3. Assédio estratégico, que não é mais do que uma forma de obrigar o funcionário a demitir-se, sem ter a empresa de assumir quaisquer responsabilidades, relativamente aos procedimentos obrigatórios de um despedimento.
- b) Assédio horizontal. Tem a sua origem em colegas de trabalho e, muitas vezes, ocorre quando, numa situação de rivalidade, um trabalhador pretende distinguir-se do colega.
- c) Assédio misto. Acontece quando o processo de assédio provocado por um colega de trabalho (assédio horizontal) se prolonga no tempo e a hierarquia nada faz para o travar, tornando-se cúmplice da situação. Cabe também, neste tipo, a situação em que um trabalhador é considerado o bode expiatório de culpas alheias, (do superior hierárquico ou de um colega) e, a determinado momento, passa a ser responsabilizado por tudo o que não esteja bem na empresa. Neste tipo de situações, o trabalhador deixa de se sentir bem consigo próprio, o seu comportamento altera-se e passa a ser difícil a sua convivência com os outros.
- d) Assédio ascendente. Apesar de não ser tão frequente, é tão demolidor, em termos de consequências, quanto os outros. Nestes casos, é o superior hierárquico o assediado por um ou vários subordinados. O(s) assediador(es) utilizam, habitualmente, como argumentos a falsa alegação de assédio sexual, com o objectivo de desqualificar e destruir a reputação do assediado, concorrendo para o efeito as reacções colectivas de grupo, quando não aceita e pretende ver livre do superior.

As questões relacionadas com o assédio moral, têm despertado forte interesse em toda a Europa nos últimos anos e deverá constituir preocupação prioritária dos gestores na administração das empresas. Apesar da real extensão da situação ser desconhecida, pesquisas elaboradas pela Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de Trabalho sugerem que se trata de um problema que tem vindo progressivamente a aumentar. Provoca efeitos adversos não só no trabalhador, mas também na empresa e na sociedade em geral, com custos financeiros para a mesma. No seu relatório para a melhoria das condições de vida e do trabalho, surgem como factores que contribuem para o aparecimento deste tipo de violência, as mudanças organizacionais, a liderança, a cultura organizacional e as mudanças socioeconómicas do país, nomeadamente em períodos de crise. Embora seja fundamental identificar os factores organizacionais que possam prever o assédio moral, trata-se de uma tarefa difícil na medida em que os métodos pelos quais são recolhidas tais informações não permitem obter dados subjectivos e para além disso, são questões sociais difíceis de apreender através de inquéritos ou questionários, sendo que os questionários não conseguem captar a natureza dos problemas (Di Martino et al., 2003).

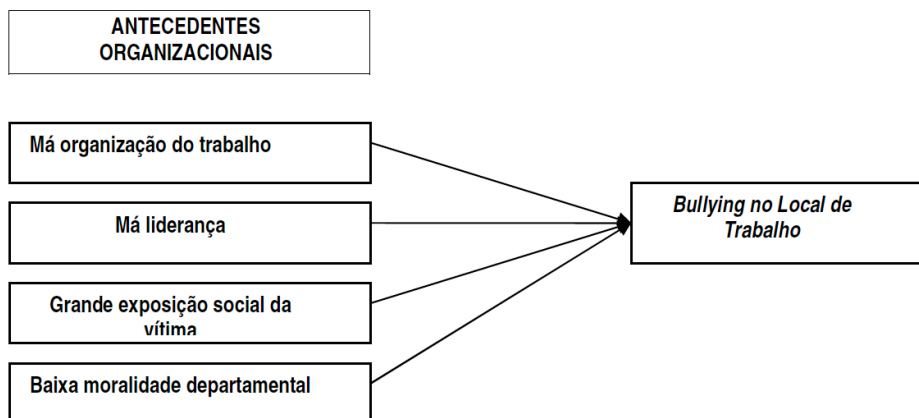


## 2.2 MODELOS INTERPRETATIVOS

Tem sido preocupação dos investigadores do assédio moral no trabalho conhecer as causas que expliquem a ocorrência deste fenómeno. Os autores centram a explicação em factores de vária ordem: (a) relacionados com as características individuais, quer da personalidade da vítima, quer da personalidade do agressor; (b) a nível da relação entre as pessoas; (c) organizacionais; (d) socioeconómicos. Todo este processo é encarado como um fenómeno de relação entre pessoas, influenciado por estas variáveis (Hoel & Cooper, 2001). Além disso, existem ainda modelos explicativos da ocorrência deste fenómeno, através da interacção dos factores anteriormente citados (Einarsen et al., 2011; Poilpot-Rocaboy, 2006; Salin, 2006).

Para Leymann (1990, 1996a), um dos investigadores pioneiros na área do *mobbing*, os factores relacionados com as características pessoais da vítima não têm um papel relevante no desenvolvimento do processo de assédio, sobretudo se relacionado com a personalidade. Evidencia a liderança, ética da gestão e dos trabalhadores e o desenho dos locais de trabalho, como as principais variáveis da componente organizacional (Figura 7). Considera também factor potenciador da ocorrência de assédio uma má gestão de conflitos, factor este indissociável de uma deficiente organização no trabalho, na medida em que um conflito só avança para uma situação de assédio se a gestão de conflitos não for adequada e eficaz nessa organização.

Figura 7: Esquema conceptual segundo Leymann



**Fonte:** Araújo, M. S. (2009). Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho. (Doutoramento em Psicologia), Universidade do Minho, Braga, p. 59.

Ao contrário da teoria de Leymann, vários investigadores noruegueses atribuem à personalidade da vítima o factor que favorece a ocorrência do assédio (Glaso, Mathiesen, Nielsen, & Einarsen, 2007; Zapf, Einarsen, Hoel, & Vartia, 2003). Para estes autores, parece haver situações em que as características do indivíduo desempenham um papel preponderante no desenvolver deste processo, nomeadamente no que se refere aos seguintes aspectos: (a) défice de auto-estima e incapacidade no relacionamento com outros profissionais; b) exposição da vítima a comportamentos de assédio; c) desempenho profissional superior à média e d) reivindicação do papel de vítima (vitimização) (Zapf et al., 2003). Nield (1996), por

sua vez, acrescenta que o profissional, alvo de condutas hostis, só se torna vítima de assédio, se não for capaz de se defender, por um motivo qualquer ou se existir uma situação de dependência, relativamente ao agressor. Tal situação pode situar-se a nível social, por questões de pertença a um grupo, por relações de poder ou de posição hierárquica; e a nível físico ou ainda ao nível psicológico, por questões relacionadas com a personalidade, auto-estima ou capacidade cognitiva. Para Coyne, Seigne, e Randall (2000), as vítimas revelam-se pessoas ansiosas em ambientes sociais e são menos independentes e menos extrovertidas.

Do ponto de vista das características da personalidade, segundo Einarsen (2000) não existe um modelo de personalidade específico. Para este investigador, o assédio moral é uma experiência subjectiva cujo significado atribuído varia de indivíduo para indivíduo, e os traços da personalidade são irrelevantes, não podendo constituir, em si mesma, justificação para o comportamento do agressor. Já para Leymann (1990, 1996a), as características relativas à personalidade e outros factores pessoais, bem como circunstâncias sociais da vítima, devem ser incluídos na análise. Esta teoria é reforçada por Hirigoyen (2002), ao caracterizar a vítima de dinâmica, forte, dotada, apegada à ordem no domínio do trabalho e das relações sociais, sendo vulnerável às críticas e aos juízos de outros.

O estudo das características da personalidade do agressor tem sido de difícil análise, porque a investigação tem-se centrado, sobretudo, nas opiniões subjectivas das vítimas. De qualquer modo, segundo Brodsky (1976), o agressor é um indivíduo com uma elevada necessidade de mostrar o seu poder. Zapf et al. (2003), por sua vez, são de opinião que a investigação tem revelado ser o agressor, com mais frequência, do sexo masculino e que a agressão é praticada, também com maior frequência, por gestores e supervisores, que por colegas da vítima.

Para Zapf et al. (2003), existem três tipos de comportamentos associadas aos motivos pelos quais o agressor ataca determinado trabalhador, designadamente: a) cultura organizacional permissiva do assédio moral; b) deficiente capacidade em lidar com os trabalhadores e c) condutas associadas à ameaça da auto-estima do agressor.

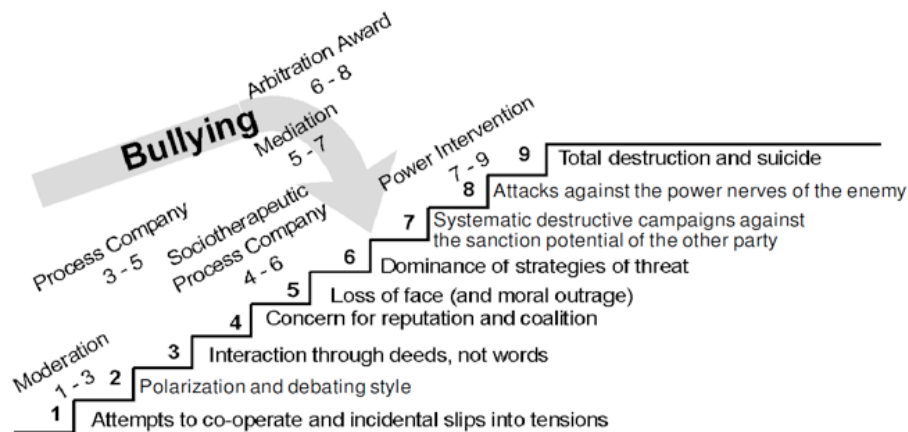
Qualquer indivíduo, numa situação de crise pessoal ou social, pode ser levado a utilizar mecanismos perversos de defesa, como, por exemplo, manipular alguém em seu benefício próprio. No entanto, o que caracteriza o agressor de assédio moral é a sua perversidade implicar uma estratégia de destruição do outro, sem qualquer sentimento de culpabilidade. Além disso, a sua personalidade está habitualmente associada a questões de egocentrismo, vaidade e de intolerância à crítica (Hirigoyen, 1999).

O assédio pode ocorrer em variados contextos e situações, onde comportamentos hostis por parte do agressor acontecem de forma repetida por longo período no tempo. Por seu lado, a vítima desempenha um papel fundamental nesta relação, já que é um elemento activo neste processo ao perceber as condutas e responder ou não ao assédio, podendo neutralizar o conflito ou por outro lado fazê-lo evoluir (Einarsen et al., 2003).

Neste contexto interactivo entre vítima e agressor, surgem duas formas de assédio: o «*bullying* predatório» e o «*bullying* de disputa». O primeiro consiste na existência de comportamentos negativos por parte do agressor, sem que a vítima nada tenha feito; na maior

parte das vezes, a este comportamento está subjacente a necessidade do agressor mostrar poder. O segundo tem a sua génese em conflitos laborais mal geridos que, quando não resolvidos a tempo, vão confluir numa situação de assédio, já que uma das partes envolvidas perde o controlo e adquire uma posição de inferioridade (Einarsen, 1999). Neste contexto, surge um modelo de escalada de conflito, elaborado por Glasl como ilustra a (Figura 8), na tentativa de interpretar o fenómeno. As suas principais características são as de que, numa situação potencial de conflito, uma das partes assume uma posição de inferioridade (a vítima), enquanto a outra (o agressor) utiliza meios cada vez mais graves para a prejudicar.

Figura 8: Modelo de escalada de conflito de Glasl



Fonte: Zapf, D, & Gross, C. (2001). Conflit escalation and coping workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), p. 501.

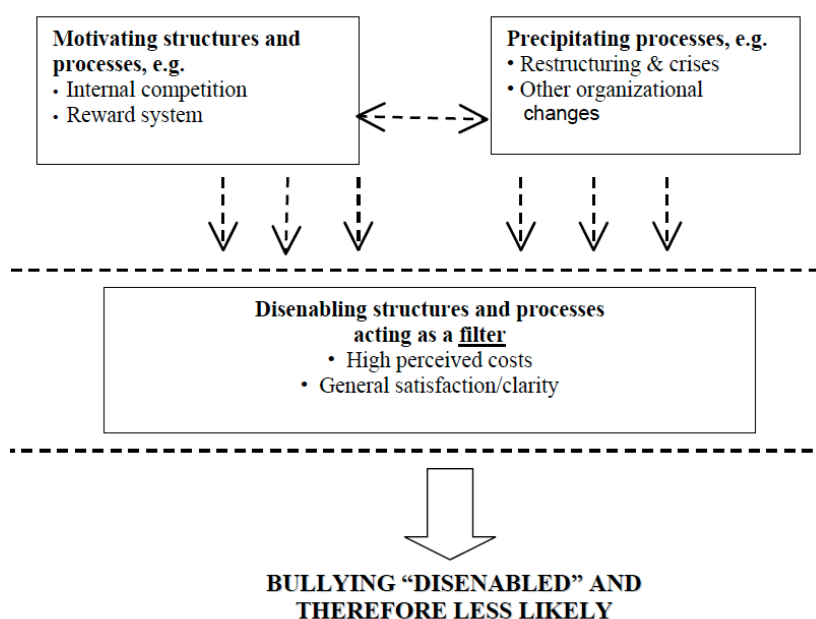
Este modelo desenvolve-se em nove níveis concretos e em três fases distintas:

- 1ª Fase - Racionalidade e controlo: os conflitos nas organizações são inevitáveis e em certa medida podem contribuir para um melhor funcionamento e desempenho dos trabalhadores. Esta fase compreende os níveis 1 a 3 e corresponde ao início do conflito, assistindo-se a um interesse de ambas as partes em resolver o problema, altura em que ainda todos estão conscientes do conflito, lidando com ele de forma racional e controlada. Nesta fase, a simples moderação do problema entre ambos os intervenientes pode resolver o conflito.
- 2ª Fase - Redução da relação: compreende os níveis 4 a 6 e corresponde à ausência do conflito inicial, na memória dos intervenientes. O que passa a alimentar o conflito é a tensão entre as partes. Instala-se a desconfiança, a comunicação é inexistente, surge a falta de respeito e, de um modo geral, a hostilidade por parte do agressor tem início. A resolução do problema em conjunto torna-se cada vez mais difícil, uma vez que o agressor tenta excluir a vítima. Esta fase poderá ser resolvida com acompanhamento sócio-terapêutico.
- 3ª Fase - Agressão e destruição: é a fase da escalada que corresponde aos níveis 7 a 9. Os confrontos ocorridos são destruidores, porque, por um lado, o agressor não respeita a dignidade da vítima e, por outro, porque todas as acções da vítima, no sentido de resolver o problema, são bloqueadas. A violência infligida à vítima pode assumir proporções tais que a levem ao homicídio ou ao suicídio. Nesta fase do processo, a resolução do problema passa pela intervenção das autoridades competentes, da empresa e/ou legais.

Para o autor deste modelo, quando o conflito inicial se transforma em *bullying* (níveis 5 a 7), a principal estratégia para o resolver é a mediação. Na sua opinião, o conflito já assumiu proporções tais que a mera moderação (nível 1 a 3) já não é suficiente. Por outro lado, a intervenção da autoridade ou da lei (nível 7 a 9) parece-lhe exagerada.

O fenómeno do assédio moral, no local de trabalho, é complexo e multi-factorial, sendo explicado por um conjunto de aspectos relativos à sua natureza. Salin (2006), uma economista finlandesa, elaborou um modelo explicativo dos principais factores que o precedem (Figura 9). Dividiu-os em três grandes grupos fundamentais de factores: *de predisposição*, *de motivação* e *de precipitação*.

Figura 9: Modelo dos factores predisponentes, motivadores e precipitantes do assédio moral



**Fonte:** Salin, D. (2006). Organizational Measures Taken Against Workplace Bullying: The Case of Finnish Municipalities. Helsinki: Swedish School of Economics and Business Administration, p. 5.

Os factores *de predisposição* correspondem ao conjunto de variáveis que proporcionam um terreno fértil, em termos de estrutura e processo, ao aparecimento do assédio ou, pelo contrário, para servir de “filtro protector” a que ele ocorra. São exemplos desta situação, factores como a insatisfação com o clima organizacional ou com a supervisão do trabalho, uma percepção desequilibrada de poder, entre a vítima e o agressor. Entra também neste grupo de factores a percepção errada que o agressor tem de que nada de grave lhe acontecerá, como consequência dos comportamentos adoptados para com a vítima.

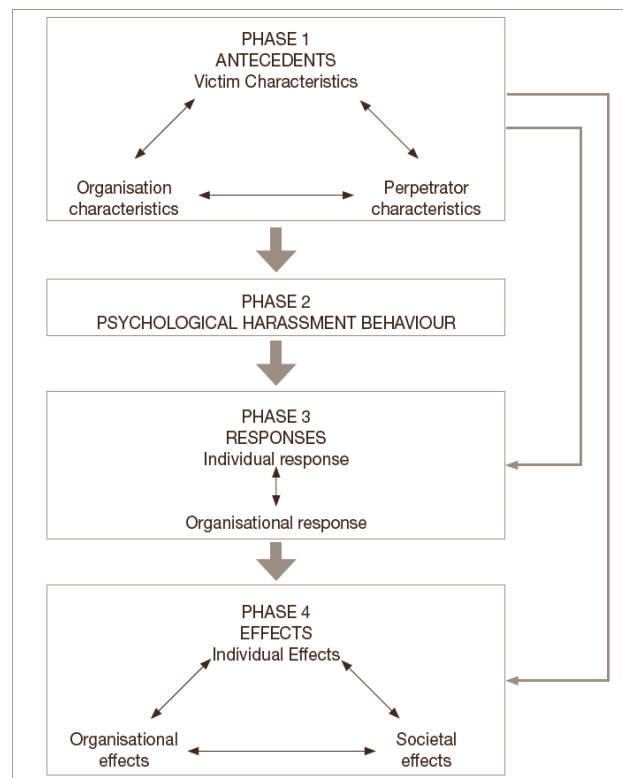
Os factores *de motivação* dizem respeito à dimensão causal do processo. O agressor analisa e avalia o outro como vítima, sente-o como uma ameaça pessoal e reage através de comportamentos agressivos. São exemplo de factores *motivadores* a competitividade interna numa organização e a existência de um sistema de recompensas desadequado.

Por último, os factores *de precipitação* estão associados a mudanças na organização. São exemplos deste grupo de factores as reestruturações na empresa, a redefinição de práticas, mudanças na chefia, redução de custos ou até mesmo demissões.

Este é um modelo de análise interessante, porque, por um lado, perspectiva a intervenção no interior das organizações e, por outro, apresenta-nos propostas de prevenção. No entanto, a sua complexidade torna difícil prever as consequências desta realidade social.

Poilpot-Rocaboy (2006), investigadora na área da gestão de recursos humanos, criou um modelo conceptual do processo de assédio no local de trabalho, composto por quatro fases distintas, por considerar que os modelos anteriores não apresentavam uma visão holística do fenómeno ou, por outro lado, se centrarem apenas em determinadas especificidades (Figura 10).

Figura 10: Modelo de análise do processo de *bullying* no trabalho



**Fonte:** Poilpot-Rocaboy, G. (2006). Bullying in the Workplace: A proposed model for understanding the psychological harassment process. *Research and Practice in Human Resource Management*, 14(2), p. 3.

Para esta autora, o *bullying* é um fenómeno heterogéneo, que ocorre em diferentes circunstâncias, frequência, motivações e provoca consequências diversas. Trata-se de um processo de perseguição psicológica composto por quatro fases distintas:

- A primeira fase caracteriza-se pela interação entre as características individuais, do agressor e organizacionais.
- A segunda fase corresponde a comportamentos de *bullying*, caracterizados por actos hostis dirigidos sistematicamente a um ou mais trabalhadores de forma repetida e duradoura. Tem como consequências a vitimização do alvo e sua estigmatização,

através de ofensas, intimidações, ameaças, humilhações. Representa um impacto negativo para os indivíduos e a organização.

- A fase seguinte manifesta-se pelas respostas individuais e organizacionais à situação. A organização pode ter duas atitudes passivas relativamente ao problema, ignorando as queixas da vítima ou negando as evidências. Por outro lado, poderá adoptar uma resposta activa, providenciando formação e informação aos trabalhadores sobre a problemática do assédio moral, promovendo uma comunicação eficaz e alterando factores organizacionais como a organização do trabalho, estilo de liderança e gestão. Relativamente ao trabalhador, poderá responder ao assédio psicológico passiva ou activamente. De modo passivo se houver ausência de reacção, por não ter percebido o assédio ou por considerar que este vai parar. De forma activa, através de diferentes níveis de acção: (i) registo escrito das ocorrências, (ii) falar com colegas e, (iii) comunicar situação aos superiores hierárquicos, serviço de recursos humanos, sindicatos.
- Por fim, a quarta fase diz respeito aos efeitos prejudiciais do assédio para a vítima, a organização e a sociedade. Os efeitos negativos para a vítima são a vários níveis e prendem-se sobretudo, com a deterioração física e mental do indivíduo, com consequências negativas económicas advindas e ainda com as implicações sociais e familiares resultantes da situação. Os efeitos negativos sentidos pela organização verificam-se ao nível dos custos directos e indirectos. As consequências sociais são as mais difíceis de estimar, pois não se resumem ao somatório dos custos da organização mais os individuais. Relacionam-se com a assistência social dada à vítima e com os encargos para o sistema nacional saúde e segurança social.

Muitos investigadores desta área defendem que o fenómeno do assédio moral é o resultado da interacção entre factores individuais e organizacionais (Einarsen, 2000; Einarsen et al., 2011; Zapf & Wolfgang, 1999) e deste modo, Einarsen (2000) propôs um modelo teórico para o seu estudo, segundo o qual a escalada deste conflito é resultado da interacção de diversos factores (Figura 11).

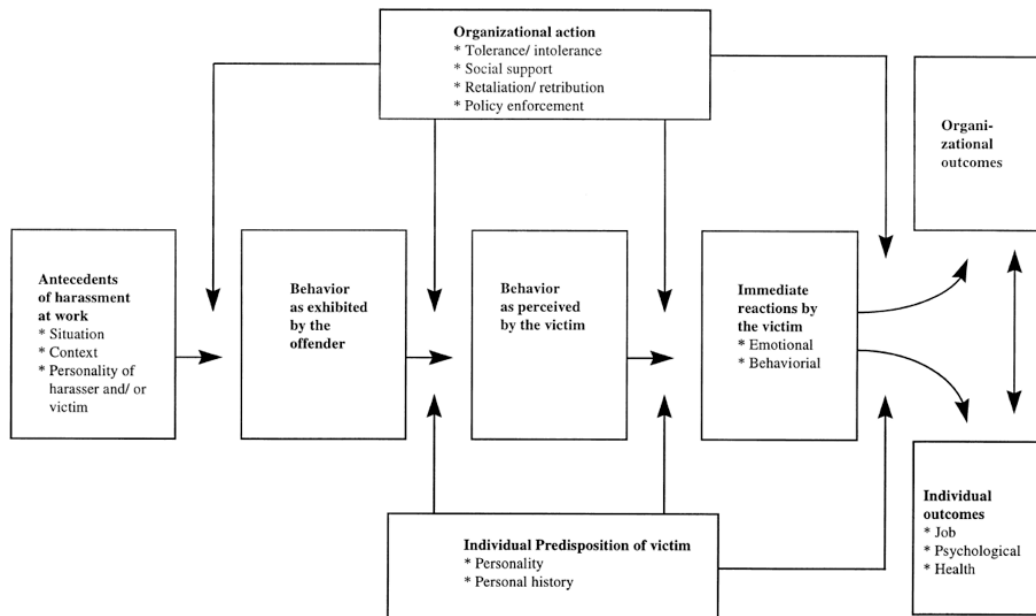
Trata-se de um modelo multi-causal e mais complexo que os anteriores. Permite a compreensão do papel desempenhado pela organização no processo de assédio moral, mas não restringe ao factor organizacional a explicação e interpretação do aparecimento e desenvolvimento do processo. Abrange os seguintes factores:

- individuais, relacionados quer com o comportamento adoptado pelo agressor quer pela percepção e reacções da vítima;
- interpessoais, resultantes das relações entre o agressor e a vítima e os mecanismos de coping utilizados pela vítima;
- grupais, observados pela manifestação de condutas hostis de um determinado grupo para com a vítima, por não a considerar pertença desse mesmo grupo;
- organizacionais, dos quais se destacam variáveis como uma cultura instalada permissiva para com este tipo de comportamentos e um clima organizacional competitivo;
- culturais e sócio-económicos, onde se incluem aspectos relacionados com a cultura dos trabalhadores, bem como factores históricos, económicos e legais.

O autor acrescenta, ainda, factores que afectam o comportamento do agressor, aquando do seu objectivo em assediar a vítima, e factores que afectam as percepções e as respostas da vítima a esses comportamentos. Por isso, a particularidade deste modelo reside em fazer uma

clara distinção entre a identificação objectiva da natureza e causas do assédio, por um lado, e a identificação subjectiva dessas mesmas causas segundo as percepções do alvo, por outro.

**Figura 11: Modelo teórico de ocorrência de assédio moral no local de trabalho**



**Fonte:** Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the scadinavian approach. *Agression and violent behavior*, 5(4), p. 394.

Pelo que observamos anteriormente, existem vários modelos interpretativos do assédio moral no local de trabalho, que não são mais do que tentativas para uma melhor compreensão deste fenómeno social. Os factores que podem precipitar a sua ocorrência não actuam de modo isolado. Pelo contrário, o assédio resulta da acção dinâmica entre várias variáveis, nomeadamente as características individuais da vítima, do agressor e da própria organização. A personalidade da vítima e do agressor, a percepção da vítima aos comportamentos e o modo como a organização se comporta face a este problema são também aspectos centrais, na interpretação destes modelos, cujo objectivo final é, além de uma melhor compreensão do fenómeno, a possibilidade de intervir, em tempo oportuno, contra o assédio moral e, assim, evitar ou, já não possível, pelo menos minimizar as consequências negativas que ele acarreta para o indivíduo, a organização e a sociedade.

## 2.3 AVALIAÇÃO DO ASSÉDIO

Sendo uma das principais características do assédio a sua natureza prolongada e persistente, no que refere aos comportamentos negativos, e não havendo ainda unanimidade entre os investigadores, quanto ao período temporal mínimo para que o fenómeno ocorra, tornou-se necessário defini-los, operacionalmente, quanto à sua duração e frequência, bem como classificá-los quanto à sua natureza. O assédio envolve diferentes tipos de comportamentos ofensivos que o agressor utiliza, de forma intencional, com o objectivo de ameaçar, intimidar,

humilhar, punir e de um modo global dominar e destruir psicologicamente a vítima. Estes comportamentos foram agrupados de diferentes formas, por diferentes investigadores que se têm dedicado ao estudo deste fenómeno. Todavia, apesar das diferenças estabelecidas, encontram-se pontos comuns quanto à sua classificação, nomeadamente no que refere aos comportamentos de natureza directa - quando o ataque à vítima é directo, como por exemplo as humilhações públicas ou acusações verbais - e em comportamentos de natureza indirecta, - quando os ataques forem feitos de forma dissimulada, como o ser-se excluído de actividades de grupo ou a existência de rumores e calúnias.

Leymann (1996b) classificou os comportamentos dos agressores em cinco grande grupos, de acordo com os efeitos provocados na vítima:

- limitação à comunicação;
- limitação nas relações sociais, com o isolamento ou a exclusão social da vítima;
- manutenção da má reputação;
- limitações de natureza profissional, com comportamentos que tenham um impacto negativo sobre a capacidade de desempenhar tarefas; e
- efeitos na saúde.

Zapf e Wolfgang (1999) reúnem, também, os comportamentos agrupados em cinco categorias, relacionadas com:

- trabalho;
- isolamento social;
- ataques à vida privada da vítima;
- rumores;
- ameaças verbais.

Segundo Einarsen e Hoel (2001), a categorização dos comportamentos divide-se nas dimensões pessoal e profissional da vítima. Nos comportamentos relacionados com o trabalho, pode encontrar-se um controlo excessivo do trabalho, atribuição de tarefas sem sentido e o cumprimento de prazos de entrega de trabalho, impossíveis de atingir. Quando relacionados com a vida pessoal, o agressor utiliza os rumores, insultos ou lança olhares ameaçadores e intimidatórios.

Os factores duração e frequência do assédio aparecem intimamente interligados e verifica-se uma relação directamente proporcional entre os mesmos, na medida em que as vítimas assediadas são, com maior frequência, as mesmas a referirem uma experiência com duração superior, comparativamente às que foram alvo de menos comportamentos e com regularidade inferior.

Leymann (1990) considera existir assédio se os comportamentos tiverem uma frequência de pelo menos uma vez por semana. Numa visão oposta, encontram-se investigadores defensores de que uma vítima de assédio não necessita estar sujeita a comportamentos negativos regularmente (Adams, 1992; Randall, 1999).

Quanto à natureza prolongada deste processo, Leymann (1990) estabeleceu um período mínimo de pelo menos seis meses e para outros autores a duração deste processo é superior (Quine, 2001; Salin, 2001). Num estudo realizado por Hirigoyen (2002), a duração média do



assédio foi de 40 meses e, segundo esta autora, estudos efectuados por Leymann, em 1996, e Einarsen e Stokstad, em 1996, a duração média do assédio foi, respectivamente, de 15 e 18 meses, assim como um estudo efectuado por Zapf em 1999 cuja duração foi superior a três anos.

O assédio moral é um fenómeno cuja percepção pela vítima dos comportamentos do agressor é feita de forma subjectiva. Existe, além disso, em todo este processo, uma história passada entre a vítima e o agressor, que só os próprios conhecem e que, portanto, só eles são capazes de fazer uma interpretação correcta e uma avaliação dos comportamentos negativos adoptados. É muito difícil terceiros interpretarem esses comportamentos, dado o seu carácter subtil e discreto, desvalorizando-se, muitas vezes, o que está realmente a acontecer. A maioria dos estudos baseia-se nas percepções da vítima e não propriamente na percepção de colegas de trabalho, na medida em que é difícil manter a neutralidade destes observadores, dada a sua dependência laboral e consequentemente económica.

Ao longo dos últimos anos, a subjectividade e a dificuldade em tornar esta problemática mensurável, levou alguns investigadores a criarem instrumentos de medição, fundamentais para a operacionalização do conceito e conhecimento da verdadeira dimensão empírica do fenómeno (Verdasca, 2010).

Encontram-se, por outro lado, pesquisas nesta área onde, através da abordagem directa aos inquiridos, se pergunta, simplesmente, se experienciaram ou não caso(s) de assédio moral no local de trabalho (Lewis, 1999). Existem ainda estudos em que o investigador, mediante a apresentação de uma definição de assédio moral no trabalho, questiona os inquiridos se foram ou não vítimas, perguntando, aos que responderam afirmativamente, o género do agressor, posição hierárquica e número de agressores envolvidos (Mikkelsen & Einarsen, 2001; Rayner, Hoel, & Cooper, 2001).

Muitos instrumentos de avaliação foram concebidos, como são exemplos:

- o “Leymann Inventory Psychological Terrorization” (LIPT), do investigador alemão Leymann, ou naturalizado na Suécia, onde desenvolveu todo o seu trabalho sobre o mobbing;
- o “Negative Acts Questionnaire”, (NAQ) de Einarsen e Raknes (1997);
- o “Questionário sobre Hostigamiento Psicológico en el Trabajo”, HPT-R de Vives, Femenia, e García (2004), formado por 29 itens, a partir dos 45 itens originais do LIPT;
- o “Barómetro de Cisneros” de Fidalgo e Piñuel (2004);
- o “Cuestionario de Acoso Psicologico en el Trabajo” de Jiménez, Muñoz, Hernández, e Banadero (2005);
- o “Work Harassment Scale”, WHS de Bjorkqvist et al. (1994), criado para estudar o assédio moral numa população universitária, utilizou um questionário de 24 itens para medir a frequência destes comportamentos, nos últimos seis meses;
- o “Generalized Workplace Harassment Questionnaire”, desenvolvido por Rospenda e Richman (2004), no qual, através de uma escala de 29 itens e realizando uma análise factorial, estes investigadores identificam quatro dimensões de assédio no trabalho, nomeadamente nas suas dimensões verbal, física, de manipulação e de hostilidade encoberta.

Em Portugal, o assédio moral no local de trabalho não tem sido, ao longo do tempo, motivo de preocupação por parte dos poderes políticos, organizações e até mesmo sindicatos. No entanto, muito recentemente, passou a ser objecto de estudo, em algumas áreas de investigação, por considerarem fundamental o respeito, a dignidade e a saúde do trabalhador, pilares fundamentais nas relações de trabalho. Surgiu, assim, a Escala Portuguesa de *Mobbing* (EPM), uma escala de auto-avaliação de tipo *likert* (escala de resposta psicométrica), com o objectivo de conhecer e avaliar o grau de gravidade dos comportamentos de *mobbing* no local de trabalho de Serra et al. (2005). Existe também uma adaptação do «Negative Acts Questionnaire», para a realidade portuguesa, elaborada por M. S. Araújo, McIntyre, e McIntyre (2004).

De todos os instrumentos de avaliação deste fenómeno, o “Leymann Inventory Psychological Terrorization” (LIPT) e o “Negative Acts Questionnaire” (NAQ) foram os que tiveram maior relevância, enquanto veículos de operacionalização e, apesar das diferenças entre estes dois instrumentos, ambos incluem comportamentos negativos de agressividade directa (verbal, física ou sexual) e indirecta. A definição dos comportamentos apresentados no LIPT e NAQ, foi determinada a partir de vítimas de assédio moral, o que para Verdasca (2010), poderão enquanto instrumentos apresentar algumas limitações. A autora é de opinião que poderão sobrevalorizar comportamentos e ignorar outros, potencialmente relevantes, devido à amostra ser apenas de indivíduos vítimas de assédio moral e, assim, “a representatividade e replicabilidade da estrutura factorial de qualquer destes instrumentos pode revelar-se questionável” (p. 100).

## 2.4 ASSÉDIO MORAL EM ENFERMAGEM

Apesar de considerado um fenómeno com consequências nefastas para o indivíduo, organização e sociedade, o assédio tem sido pouco estudado, no que diz respeito à profissão de enfermagem. Segundo Sá (2008), constitui um problema, disseminado nos vários sectores de prestação de cuidados, que pode originar um clima prejudicial ao bem-estar dos enfermeiros, conduzindo a estados de má saúde mental, com elevados custos para a organização, com reflexos na qualidade dos serviços.

Trata-se de um síndrome psicossocial e multidimensional, porque, conforme descreve Sá (2008):

*“se apresenta comumente como gerador de um complexo de sintomas físicos e psíquicos específicos e não específicos não redutíveis a uma configuração típica e facilmente diagnosticável; psicossocial porque afecta o indivíduo, o grupo de trabalho e a organização produzindo disfunções a nível individual e colectivo e multidimensional, porque se origina e desenvolve permeando e afectando a todos os níveis hierárquicos da organização e, também com importantes repercussões externas, familiares e sociais” (p. 94).*

Este tipo de violência tornou-se, nos últimos anos, um fenómeno preocupante, quer pela sua dimensão e intensidade, quer pelas consequências que dele advêm. Di Martino (2002) refere que, apesar de afectar todos os sectores e categorias profissionais, é no sector da saúde

que apresenta maior expressão, tendo os enfermeiros três vezes mais a probabilidade de serem vítimas deste tipo de violência que os trabalhadores de outros grupos profissionais. Com base no trabalho realizado por Nordin em 1995, citado por Di Martino (2002) a violência, no sector da saúde, corresponde a um quarto das ocorrências em contexto laboral.

Barbosa, Labrocini, Sarquis, e Mantovani (2011), por sua vez, afirmam que se trata de um problema multidimensional, generalizado, prevalente e com um preocupante impacto na saúde física e mental dos profissionais de saúde, podendo afectar negativamente o seu desempenho profissional e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Pode, além disso, influenciar o enfermeiro, de modo a ser obrigado a abandonar a profissão.

Neste contexto, Ferrinho, Antunes, et al. (2003) realizaram um estudo em Portugal, com o objectivo de caracterizar o fenómeno de violência em profissionais de saúde. Para o efeito, o autor recorreu, em termos metodológicos, à consulta de documentos, questionários, entrevistas (com os vários intervenientes no processo) e estudos de caso, realizados em ambiente hospitalar (277 trabalhadores), num centro de saúde (212 funcionários) e num centro de atendimento de uma equipa de saúde mental comunitária (9 trabalhadores). Os tipos de violência (física e psicológica), mais frequentes, encontrados neste estudo foram a violência verbal, física, sexual, discriminatória e o assédio moral. As principais conclusões referem que mais de metade dos profissionais de saúde questionados, viveram, pelo menos, um episódio de violência física ou psicológica, nos doze meses anteriores ao estudo, com o assédio moral a apresentar uma incidência de 17%, em ambiente hospitalar, e 23% em contexto de centro de saúde. As vítimas são maioritariamente do sexo feminino e os enfermeiros são o grupo profissional cuja incidência nos diferentes tipos de assédio é maior.

Para Stevens (2002), o assédio moral é entendido como um fenómeno cultural, já que a profissão de enfermagem sempre esteve associada a comportamentos intimidatórios por parte dos enfermeiros, como forma de mostrar o seu poder. A mesma autora é de opinião que a construção de uma identidade profissional saudável dos futuros trabalhadores, neste ramo de actividade, deverá ser um aspecto a considerar, necessariamente, por docentes e enfermeiros, enquanto responsáveis pela formação dos novos profissionais.

A este propósito, um estudo realizado por Randle (2003) a alunos de enfermagem, teve, como principais resultados, os efeitos negativos sobre a auto-estima dos futuros profissionais. Más práticas, durante a formação destes alunos, estenderam-se na sua vida profissional. O facto de terem sido assediados pelos profissionais de enfermagem, fez com que também eles prestassem cuidados sem qualidade e sem preocupação pelo bem-estar dos doentes. Esta situação é definida por Woelfle e McCaffrey (2007) como violência horizontal que, segundo os autores, consiste em comportamentos agressivos e destrutivos. Trata-se de fenómeno preocupante que incide sobre os profissionais, desde a sua formação académica. Com efeito, se o ambiente na equipa não for saudável, a tensão entre os seus elementos daí resultante, levará a uma prestação de cuidados deficiente. As agressões físicas, verbais e psicológicas, infligidas ao enfermeiro, produzem efeitos negativos no seu próprio estado de saúde.

Segundo o International Council of Nurses, vários estudos indicam que a violência e o *stress*, no local de trabalho, representam cerca de 30% dos custos totais das doenças profissionais e acidentes de trabalho, referindo ainda o *stress* e a violência como responsáveis custos anuais de, aproximadamente, entre 0,5 e 3,5% do produto interno bruto (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International, 2002).

O contexto de crise económica é favorável ao aparecimento de factores que promovem este tipo de comportamentos no ambiente laboral dos enfermeiros. São de referir, entre outros, os seguintes: a insegurança no emprego e a precariedade; a escassez de recursos materiais e humanos; trabalho por turnos (nomeadamente o nocturno); ritmo acelerado de trabalho imposto; reduzida autonomia dos enfermeiros; organização de trabalho deficiente e, em muitas organizações, a existência de uma hierarquia rígida, implementada com assimetrias que negam a existência de um bom clima de relações interpessoais, tanto de natureza vertical como horizontal (Luna, 2003).

Os enfermeiros estão inseridos em equipas de trabalho multidisciplinares existindo vários factores que podem afectar a motivação e coesão dos seus elementos. Por exemplo, o modo de interagir entre os elementos da equipa, a existência de objectivos comuns e a forma de gerir os eventuais conflitos. O resultado final de todas estas interações reflecte-se na produtividade e na qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a perda de valores, como o da solidariedade, foi alterada por comportamentos perversos de inveja, de rivalidade e de incentivo descontrolado à competitividade pelo emprego de comportamentos não éticos, provenientes de colegas ou superiores hierárquicos. Inúmeras vezes, os profissionais trabalham sob *stress* constante, a fim de dar resposta imediata às necessidades dos pacientes. Têm, por outro lado, de responder ao que lhes é solicitado pelos seus superiores hierárquicos e pelos seus pares, podendo mesmo encontrarem-se numa relação de subordinação injusta, face a outros profissionais de trabalho com o mesmo grau de escolaridade e de responsabilidade (Carvalho, 2007, 2010; Hirigoyen, 2002; Luna, 2003; Thofehrn et al., 2008).

As organizações têm-se transformado em palcos de acções humilhantes, onde surgem os problemas físicos e psíquicos que atingem sobretudo o trabalhador. É necessário recuperar a qualidade de vida no trabalho, pela construção de um ambiente humanizado e promotor de espaços que estimulem a discussão, preservando a componente multidimensional de cada indivíduo e aceitando a subjectividade de cada enfermeiro. Só é possível alcançar a humanização dos cuidados de enfermagem se houver humanização nas relações entre os seus profissionais. Os escassos incentivos dados aos enfermeiros para a sua formação, reforçam, assim, a pouca importância atribuída à subjectividade de cada um (Thofehrn et al., 2008). Estes autores afirmam ainda que “o que se vê, constantemente, nos serviços de saúde, é a ocultação e negação dos aspectos que envolvem a subjectividade e a complexidade do profissional, bem como as questões que envolvem o prazer e o sofrimento no trabalho” (p. 599).

É de considerar, por fim, que o desconhecimento, por um lado, desta problemática no âmbito laboral da enfermagem, e, por outro, das formas de reagir e que medidas adoptar, poderão estar também na génese deste tipo de comportamentos, nas instituições de saúde.

## **2.5 MEDIDAS PREVENTIVAS**

A natureza dos riscos psicossociais, em contexto laboral, está associada às transformações ocorridas nos modelos de trabalho e ao aparecimento de novos factores. É fundamental avaliar a natureza e a escala dos riscos para a saúde do trabalhador e aplicar medidas eficazes de controlo. As organizações são locais privilegiados para o aparecimento do assédio moral. É necessário implementar medidas que previnam ou combatam a sua ocorrência, dadas as consequências negativas que andam associadas, sejam elas de natureza individual ou organizacional. O assédio moral afecta a segurança e a saúde dos trabalhadores sendo proibido no contexto laboral português através da legislação laboral em vigor ("Revisão do código do trabalho," 2009).

É fundamental a aplicação de políticas nacionais e comunitárias que reforcem a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Uma boa saúde no trabalho constitui um importante contributo para a saúde geral dos seus trabalhadores, por um lado, e para o crescimento e sucesso da organização, por outro.

A abordagem a este fenómeno deverá ter como pilares de sustentação a prevenção, a detecção e o seu controlo imediato. Neste processo, devem estar envolvidos a vítima, o(s) agressor(es), cúmplices passivos, sindicatos, empresa e as entidades públicas com função de fiscalização e reguladora das condições e ambiente de trabalho (Fornés, Femenia, & Garcia, 2004).

Almeida (2007) defende que as recomendações sobre o assédio moral devem estar integradas num processo de dinamização, desenvolvimento, verificação e controlo das condições de trabalho das empresas. Além disso, é igualmente importante divulgar, junto destas, as orientações da Comissão Europeia sobre como lidar com o fenómeno.

A este propósito, integrada na política de medidas tendentes a preservar a saúde e segurança dos trabalhadores, foi criada pela Comissão Europeia, a Directiva 89/391 (Comunidade Económica Europeia, 1989). Segundo esta, as entidades patronais são responsabilizadas pela preservação da saúde dos seus trabalhadores, impedindo que os mesmos sejam prejudicados por motivos relacionados com o trabalho, inclusive os de natureza ou no âmbito do assédio moral. As empresas devem consultar os seus trabalhadores ou os seus representantes, no sentido de avaliar os riscos de assédio moral, bem como concentrar esforços na prevenção de situações de assédio moral e empreender as acções necessárias contra os seus eventuais danos (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2002).

A adopção de medidas preventivas é indispensável para se evitar um ambiente de trabalho destrutivo. Segundo a EU-OSHA (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho,

2002), o desenvolvimento de uma cultura organizacional, baseada no combate ao assédio moral, deve-se pautar pelas seguintes normas e valores:

- sensibilização de todas as pessoas para o problema;
- investigação da dimensão e natureza do problema;
- formulação de uma política, com orientações claras em prol de interações sociais positivas;
- difusão eficaz das normas e valores organizacionais, a todos os níveis da organização (manuais do trabalhador, boletins informativos, reuniões de informação);
- assegurar que todos os trabalhadores observem as normas e valores organizacionais;
- desenvolver a responsabilidade e a competência das chefias, nas áreas da resolução de conflitos e da comunicação;
- criar um contacto independente para os trabalhadores;
- levar os trabalhadores e os seus representantes a participarem na avaliação de riscos e na prevenção do assédio moral.

Também a OMS propôs em 2003, a adopção de medidas semelhantes às anteriores, acrescentando a importância da criação de legislação específica com i) a implementação de medidas preventivas para a ocorrência deste fenómeno, ii) medidas de protecção às vítimas capazes de denunciar o assédio, iii) suporte monetário e de reinserção laboral nas situações mais graves, e, iv) medidas de punição para os agressores e empregadores, na medida em que estes últimos permitiram o assédio (Milczarek, 2010).

À semelhança de outros sectores de actividade, o sector da saúde e em particular o da enfermagem, tem mostrado interesse no conhecimento e divulgação do fenómeno do assédio moral no local de trabalho. Recentemente verifica-se que são os próprios enfermeiros a investigarem sobre o tema, o que evidencia grande preocupação relativamente a esta problemática (Fontes, Pelloso, & Carvalho, 2011). Também Sá (2008), acrescenta ser fundamental os enfermeiros adoptarem medidas que evitem que o seu ambiente de trabalho se torne destrutivo.

Relativamente à posição das organizações, é necessário que os gestores das instituições de saúde conheçam o assédio moral, de forma a poderem intervir, oportuna e eficazmente. Considera-se a mudança de mentalidades, ao nível dos cargos de gestão e administração, fundamental, porque uma organização preocupada com as condições de saúde e bem-estar dos seus trabalhadores, promove um ambiente de trabalho saudável, aumenta o rendimento e a produtividade, com reflexos nos cuidados de enfermagem prestados e nos bons resultados económicos.

Segundo Costa, Xavier, e Brasileiro (2010) as organizações devem alterar a sua cultura organizacional através da reeducação de valores, incentivo à prática do diálogo e implementação de um código de ética e de conduta a todos os profissionais incluindo chefes, baseado no companheirismo e respeito mútuo.

Deve investir-se em políticas de prevenção, estabelecendo nas instituições de saúde programas de monitorização do assédio moral. Estabelecer mecanismos de regulação, com a

colaboração de técnicos qualificados e direccionados para o tema, será essencial, tendo em vista a criação de uma cultura de tolerância zero neste domínio (Saraiva & Pinto, 2011).

A prevenção deverá incidir nas características laborais dos enfermeiros, nomeadamente i) proporcionar um ambiente de trabalho com baixo nível de *stress*, ii) transmitir suficiente autonomia, iii) desenvolver nos líderes habilidades e competências na gestão de conflitos, e, iv) estabelecer regras na instituição que permitam ao enfermeiro denunciar este tipo de situações. Também a implementação de estratégias de intervenção com programas de formação e informação a todos os profissionais, será interessante, permitindo deste modo formar grupos de apoio ou de auto-ajuda psicossocial (Carvalho, 2010). Devem ainda ser criados espaços de discussão entre os vários elementos da organização e criar um sistema de gestão de riscos psicossociais. A criação de estruturas técnicas, com representantes dos trabalhadores e da entidade patronal, com uma conduta orientada para a protecção e sobretudo a promoção da saúde dos trabalhadores, contrariando a ideia da existência destes serviços apenas para a prestação de cuidados de saúde resultantes de situações de doença física.

Quanto ao enfermeiro, a denúncia do agressor é a melhor forma de combater a ofensa e de evitar novas vítimas. Na maioria das vezes o medo da demissão e o aparecimento de represálias inibem a reacção do trabalhador, levando-o ao isolamento. Este profissional tem de perceber que o silêncio não o protege e que tal comportamento, pelo contrário, antes protege, de forma consciente ou inconsciente, o agressor. É fundamental que o profissional tenha consciência de que não está sozinho, devendo, por isso, mobilizar-se no enfrentamento do problema e que existe uma mobilização do mesmo para o enfrentar. É uma questão que também diz respeito aos direitos humanos, em geral, e aos seus direitos laborais, em particular.

Fontes et al. (2011), referem ainda que os comportamentos de assédio moral no ambiente de trabalho dos enfermeiros são muitas vezes aceites e reproduzidos, por fazerem parte da cultura organizacional. Tal situação, leva-nos mais uma vez a considerar da importância de consciencializar estes profissionais relativamente aos efeitos prejudiciais deste fenómeno na sua saúde e consequente desempenho de funções sendo importante a adopção de estratégias de *coping*.

De um modo geral, pretende-se, com todas estas medidas, que o local de trabalho seja um espaço que proporcione a melhor saúde mental e bem-estar dos seus trabalhadores, em particular os enfermeiros, reflectindo-se, positivamente, na prestação de cuidados de qualidade e, de um modo global, numa eficiente gestão organizacional das instituições de saúde.

## **2.6 RESULTADOS EMPÍRICOS EM PORTUGAL**

Apesar de, no contexto internacional, se observar uma prevalência significativa deste fenómeno nos locais de trabalho, entre nós, no que toca à área de saúde e, mais precisamente, à profissão de enfermagem, só nos últimos anos começou a merecer especial atenção de investigadores portugueses. As investigações realizadas na área do assédio moral em enfermagem têm recorrido, preferencialmente, a uma metodologia quantitativa para avaliar o

fenómeno, utilizando, como instrumentos de avaliação, o questionário LIPT ou o NAQ-R. Além disso, cada investigador restringe-se a uma área geográfica precisa do país, embora todos tenham tido o propósito de conhecer o impacto do *mobbing* nos enfermeiros.

Sá (2008) desenvolveu o seu trabalho de investigação na região norte do país e estabeleceu, como principal objectivo da sua pesquisa, estudar a associação entre o assédio moral, um estado de tensão por longo período de tempo (*burnout*) e a saúde mental dos enfermeiros, baseado num estudo de natureza quantitativa, de tipo analítico. No que refere ao assédio moral, tratou de conhecer a percepção que os indivíduos tinham do fenómeno, frequência e intensidade das condutas nos enfermeiros, bem como conhecer a sintomatologia psicopatológica e psicossomática experimentada pelos mesmos, tendo utilizado, para o efeito, a versão portuguesa do *Negative Act Questionnaire* (NAQ-R) para a recolha dos dados. A amostra foi composta por 416 enfermeiros, provenientes das áreas da oncologia, saúde mental e psiquiátrica, um hospital geral, e por alunos de cursos de especialização em enfermagem. A população é maioritariamente do sexo feminino (78,6%), com idades jovens (M=33,6 anos), na maioria licenciados (94,5%), pertencentes ao quadro da instituição (78%) e a trabalhar em regime de *roulement* (76%). Foram utilizados os seguintes critérios para determinar a frequência com ocorreu o fenómeno:

- 1º critério) «casos com, pelo menos, uma resposta positiva com frequência semanal e/ou diária»: encontraram-se 21,4% inquiridos que verbalizam ter sido submetidos ao processo de assédio. Este critério exclui o item 23 ao contrário do 2º critério que se refere exclusivamente a este item;
- 2.º critério) corresponde ao item 23 - «exposição a actos negativos nos últimos seis meses com a frequência de vez em quando, várias vezes por semana ou todos os dias»: obteve-se um resultado de 8,4%, ou seja, de 35 casos;
- 3º critério) implica a convivência semanal ou diária de exposição a, pelo menos, um item da escala, nos últimos 6 meses, com uma frequência de «de vez em quando», «várias vezes por semana» ou «quase todos os dias»: obteve-se uma resposta positiva de 17 casos (4,1 %).

Os comportamentos e condutas de assédio, encontradas com mais frequência em contexto laboral, tendo em conta a aplicação do terceiro critério, foram os seguintes:

- ocultação de informação que interfere no desempenho (22,9%);
- exposição a uma quantidade excessiva de trabalho e impossível de realizar (14,3%);
- obrigação de desempenhar funções inferiores às das competências (14,3%);
- alvo de gritos e de explosões de raiva (14,3%);
- ignorar pontos de vista e opiniões da vítima (11,4%);
- intimidações com recurso a apontar o dedo, empurrões, invasão do espaço pessoal e barragem do caminho (11,4%);
- lembrança constante dos erros ou enganos (8,6%);
- vigilância/controlo excessivo do trabalho, ser humilhado ou ridicularizado pelo trabalho realizado, ser insultado ou receber comentários ofensivos da sua pessoa (8,6%);
- ser pressionado a não contestar, por algo a que se tem direito, como, por exemplo, feriados, baixas médicas, despesas de deslocação (5,7%).



Os resultados apresentados evidenciam que os factores que melhor explicam o assédio moral estão relacionados com a hostilidade direccionada ao ambiente de trabalho, vigilância apertada do trabalho, discriminação, crítica e humilhação. Mostraram ainda que os casos de assédio moral conduzem à insatisfação no trabalho (12%), à intenção de abandonar o actual emprego (11,1%) e a uma pior saúde mental. Segundo este estudo, o fenómeno ocorre após mudanças na organização (44%), após conflito com o agressor (32%) ou após reclamação de um direito laboral (16%).

Para Sá (2008), a satisfação com o trabalho é directamente proporcional à realização pessoal e varia no sentido inverso do assédio moral, ansiedade, exaustão, depressão, sintomas somáticos e a saúde mental. Nesta investigação, verifica-se uma prevalência de vítimas do sexo feminino, de os assediadores serem maioritariamente mulheres, com posição hierárquica superior; e que o fenómeno ocorre com frequência após uma mudança na organização.

As estratégias utilizadas para lidar com o fenómeno foram a confrontação ou, pelo contrário, ignorar a situação.

Relativamente a apoios, a vítima socorre-se da família, amigos, colegas, e só raramente da instituição. De um modo global, os enfermeiros sujeitos a comportamentos de assédio apresentaram uma pior saúde mental, mais sintomas de *burnout*, maior estado de irritabilidade, a par de um maior número de horas de trabalho. Também foi possível concluir que os indivíduos apresentavam maiores índices de ansiedade, insónias, disfunção social e depressão grave.

Carvalho (2010) desenvolveu também um estudo com o objectivo de avaliar o impacto do assédio moral em contexto de enfermagem, no que refere à sua intensidade, frequência e efeitos. Aplicou a escala LIPT-60 (devidamente traduzida e adaptada para a língua e cultura portuguesa), a uma população de 399 enfermeiros do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Nesta amostra, verifica-se o domínio do género feminino (77,2%) e uma média de idades jovem (38,8%). A maioria dos enfermeiros possui a licenciatura (85,5%), com graduação (66,2%), tem menos de 11 anos no actual serviço (64,9%), trabalha em regime de rotatividade de turnos (69,2%) e tem um vínculo estável com a entidade patronal, estando a maioria efectiva (84,2%). A maioria dos inquiridos (84%) tem consciência de que este fenómeno, no seu local de trabalho, pode ter consequências negativas para a sua integridade física e psicológica. Dos 399 profissionais analisados, 98,5% experimentou, pelo menos, uma das 60 condutas apresentadas no questionário e, em média, 11 condutas de fraca intensidade. Já relativamente à percepção que têm do fenómeno, apenas 119 enfermeiros (29,8%) assumiu ter sido ou estar a ser vítima no seu local de trabalho e, em média, apresentam mais seis condutas de assédio que os restantes enfermeiros e por este motivo correspondem às vítimas de assédio moral.

Os métodos utilizados pelo agressor, para atingir a vítima, são constituídos por desconsiderá-la perante os outros profissionais e limitar-lhe a comunicação, com a óbvia intenção de a desestabilizar, pois há invasão da sua vida pessoal e profissional. De todas as

dimensões apresentadas na escala, apresentam-se as que foram mais vividas pelos enfermeiros, embora numa baixa intensidade:

- bloqueio da comunicação («interrompem quando falam 75,1%», os superiores não os deixam expressar 55,5%);
- desprestígio laboral (criticam o seu trabalho 67,5%);
- manipulação pessoal e profissional (caluniam e falam mal nas suas costas 52,9%, criticam a sua vida privada 48,2%, fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si 41,7%);
- bloqueio ao progresso profissional (quando solicitam uma autorização para um seminário ou formação é-lhe negado 42,3%, ).

A população em estudo experienciou vários tipos de conduta de *mobbing*, que apesar de fraca intensidade, originou problemas de saúde (75%), com reflexos no exercício saudável das suas funções, como, por exemplo, insónias, irritabilidade, ansiedade, dificuldade na concentração e cefaleias. Em menor escala, observou-se também o aparecimento de pesadelos, de sentimentos de insegurança, frustração e fracasso.

As principais conclusões deste estudo referem que a percepção de um ambiente de trabalho negativo influencia diferentes condutas de assédio moral. Por outro lado, os indivíduos que caracterizaram de negativo o seu ambiente de trabalho, perceberam mais condutas de assédio e vivenciaram-nas de forma mais intensa (24% dos enfermeiros disseram trabalhar num ambiente individualista e competitivo, conflituoso e cheio de agressividade, incidentes, preconceituoso e conservador).

A intimidação e o isolamento conduzem a um estado de fragilidade psicológica, maior sensibilidade às opiniões e críticas dos outros, bem como uma menor capacidade de reagir ao conflito. Os enfermeiros mais expostos a comportamentos de assédio apresentaram menor capacidade de sociabilização e de relacionamento com os outros, no trabalho. A idade e o tempo de serviço influencia o tipo, frequência e intensidade do *mobbing* vivenciado. Os enfermeiros do sexo masculino, com mais de 40 anos e com mais de 15 anos de serviço, experimentaram mais condutas de assédio, nomeadamente nas dimensões de desprestígio laboral e na dimensão bloqueio ao progresso profissional. Os enfermeiros em regime de horário fixo vivenciaram mais condutas de *mobbing* na dimensão bloqueio e progresso profissional e a maioria (76%) considerou ter uma percepção positiva do seu ambiente de trabalho, apresentando elevados níveis de sociabilidade em contexto relacional. Os indicadores de *mobbing* deste estudo revelaram que 80,95% dos enfermeiros experienciaram níveis baixos (intensidade/frequência) dos diferentes tipos de assédio psicológico (Carvalho, 2007, 2010).

Segundo um estudo realizado por João (2009), na região sul do país, um em cada cinco enfermeiros é vítima de assédio, no seu local de trabalho, tendo ou consciência da ocorrência do fenómeno. A autora pretendeu analisar o fenómeno do assédio moral na população dos enfermeiros portugueses. Utilizou como método de colheita de dados um questionário composto por três partes, sendo utilizada numa a escala LIPT-60 de González de Riviera e Rodrigues Abuín. A amostra do estudo é de 210 enfermeiros, sendo 12,9% do género masculino e 87% feminino. A média de idades é de 36 anos, 77,7% da população possui a

licenciatura, 50% possui a categoria profissional de enfermeiro graduado e 36,5% a de enfermeiro. A maioria dos enfermeiros trabalha por turnos (73,61%), tem uma situação estável no emprego (63,4% pertencem ao quadro da instituição e 29,6 contrato sem termo). No que se refere ao tempo de profissão, a média é de 12,7 anos e o tempo de desempenho de funções no actual serviço tem uma média de 6,69%.

João (2009), do seu estudo, retira as seguintes conclusões principais:

- Apenas 18,5% dos enfermeiros assumem sentirem-se vítimas, embora mais de metade (51,6%) tenha assistido a situações de colegas a serem maltratados.
- agressor é, predominantemente, do sexo feminino (58,9%), com idade compreendida entre os 40 a 50 anos (74,36%). São principalmente os enfermeiros-chefe (41%), médicos (30,77%) e colegas de trabalho (28,2%) os seus agentes.
- As enfermeiras são igualmente as principais vítimas deste processo, tendo sofrido condutas de *mobbing*, há mais de um ano, 74,36%, com uma frequência de várias vezes, por semana, 25,6% ou de várias vezes, por mês, 25,6%.
- As vítimas apontam, como principais causas de agressão, a inveja ou ciúme (46,15%), a existência de um ambiente competitivo (43,5%), enquanto 53,8% desconhece o motivo.
- As vítimas assinalaram uma média de 6 sintomas, numa escala de 1 a 13, manifestando-se, principalmente, ao nível de sentimentos de insegurança (69,2%), de ansiedade (61,5%), de insónias (57,6%), de frustração, de fracasso e incapacidade laboral (57,6%) e de irritabilidade (50%).
- Apenas 4,6% dos enfermeiros apresentam sentimentos negativos, ao avaliarem o seu local de trabalho como calmo (59,72%), sendo predominantes os sentimentos de satisfação (55,09%). A maioria (46,2%) considera o ambiente de trabalho confortável e facilitador, mas, ao mesmo tempo, individualista e competitivo (28,4%).

Para esta autora, a justificação da existência de reduzido número de enfermeiros a avaliar negativamente o seu local de trabalho, poderá residir no facto de a profissão proporcionar fontes de prazer que os faz ultrapassar e superar as condutas de assédio, nomeadamente, a relação com os doentes ou o relacionamento interpessoal com os colegas. Verificou-se, ainda, uma relação, inversamente proporcional, entre a sociabilidade e o assédio moral no trabalho, uma vez que quanto maior for a capacidade de relacionamento interpessoal no local de trabalho, menor será o sofrimento por assédio (João, 2009, 2010).

Um outro estudo, também de natureza quantitativa, foi realizado por Saraiva e Pinto (2011) a 52 enfermeiros dos Centros de Saúde da região da Cova da Beira (Covilhã, Fundão e Belmonte). O referido estudo traçou, como objectivo, caracterizar o *mobbing*, na profissão de enfermagem, utilizando, como instrumento de colheita de dados, o questionário LIPT-60. Esta amostra caracteriza-se por ser maioritariamente do género feminino (86,5%), com uma média de idades de 38 anos, sendo os indivíduos são casados (82,7%) e com filhos (76,9%). A maioria dos inquiridos apresenta uma média de 15 anos de profissão, a licenciatura é o grau académico mais frequente (88,5%) e a categoria profissional predominante é a de enfermeiro graduado (63,5%), seguida da categoria de enfermeiro (19,2%). Cerca de 83% destes enfermeiros trabalham em regime de horário fixo e tem um vínculo estável, já que 73,1% pertencem ao quadro da instituição.

No que respeita às dimensões da escala LIPT, verificou-se ser a dimensão Intimidação Manifesta (IM) a apresentar os valores médios mais elevados, seguida das dimensões Desprestígio Laboral (DL) e Bloqueio à Comunicação (BC). Relativamente às estratégias mais utilizadas pelo agressor, verifica-se que, na dimensão IM, foram:

- «é interrompido quando fala (40,4%)»;
- «os seus superiores hierárquicos não o deixam expressar-se ou decidir (40,4%)»;
- «as suas decisões são sempre questionadas (30,8%)».

Na dimensão DL as estratégias que apresentaram valores percentuais mais elevados foram:

- «criticam o seu trabalho (59,6%)»;
- «caluniam-no e falam mal nas suas costas (30,8%)»;
- «ao apresentar licença para uma actividade a que tem direito, vê-a recusada e colocam-lhe dificuldades (30,8%)»;
- «fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si (21,2%)».

No que concerne à dimensão BC, as estratégias mais utilizadas foram:

- «os seus colegas não permitem que fale ou põem obstáculos quando se expressa (26,9%)»;
- «ignoram a sua presença e não respondem às suas perguntas (21,2%)»;
- «geralmente, ignoram-no ou tratam-no como se não existisse (15,4%)».

Os resultados deste estudo revelam-nos que 90,38% dos enfermeiros consideram sofrer, pelo menos, uma estratégia de *mobbing* e que, em média, cada enfermeiro vivencia oito condutas de assédio moral, no seu local de trabalho, com uma intensidade fraca mas com um efeito considerável. Os homens sofrem mais estratégias de assédio, com prevalência do fenómeno nos indivíduos solteiros e sem filhos. Os enfermeiros com mais anos de profissão e os que estão no quadro da instituição são os mais afectados, bem como os que trabalham em regime de horário fixo estão mais propensos a condutas de *mobbing* do que os que não estão. Os enfermeiros que não são valorizados pelos superiores hierárquicos apresentam valores médios mais elevados de *mobbing*, em comparação com os que são valorizados. Relativamente à vertente socioprofissional, os indivíduos insatisfeitos com a profissão são os que mais condutas de assédio sofrem e simultaneamente apresentam problemas fora da esfera profissional a afectar a sua vida (Saraiva & Pinto, 2011).

Ainda um outro estudo, de cariz quantitativo, foi realizado, num hospital do sul do país, a 203 enfermeiros prestadores de cuidados (Branco, 2008). A investigadora utilizou a escala adaptada LIPT-60 de Revuelta e Abuín (2005). Nesta investigação, a média de idades dos enfermeiros é de 33,8 anos de idade, com predomínio do género feminino (85,2%), sendo 79,8% licenciados e, profissionalmente, 51,7% com a categoria de graduados e 10,3% de especialistas. Relativamente ao tempo na profissão, observa-se uma média de 10,7 anos e, de tempo no actual serviço, uma média de 5,7 anos. Na sua maioria, fazem um horário de *roullement* (78,3%). Apenas 8,4% têm um regime de trabalho com horário acrescido e 18,2% duplo emprego. Além disso, mais de metade (61,6%) tem vínculo estável com a instituição (pertencem ao quadro), são casados (48,3%) e não têm filhos (58,1%).

Os resultados deste trabalho revelam-nos que mais de metade dos trabalhadores refere saber o que é o assédio no local de trabalho (54,2%) e que 187 dos 203 enfermeiros experimentaram, pelo menos, uma conduta de assédio, num total de 60 condutas. Não se verificou, contudo, qualquer relação entre o assédio e o género do trabalhador. Mas relativamente à idade, verifica-se que são os profissionais entre os 35-40 e entre os 55-60 anos os mais sujeitos ao assédio, mostrando ainda que, à medida que a idade aumenta, aumentam também as estratégias e a sua intensidade. As dimensões DL («desprestígio laboral») e IM («intimidação manifesta») foram as mais utilizadas para descredibilizar e desprestigiar o trabalhador. Pelo contrário, a dimensão IE («intimidação encoberta») foi a menos utilizada. Para a autora, esta última dimensão é uma dimensão caracterizada por ameaças e danos encobertos, realizados de forma a não ser possível atribuir-lhes responsabilidades específicas. As condutas mais experimentadas pelos enfermeiros foram:

- «Interrompem-no quando está a falar (70%)»;
- «Criticom o seu trabalho (64%)»;
- «Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer o que tem a dizer (54,7%)»;
- «Gritam ou chamam-no (a) à atenção em voz alta»;
- «Os seus colegas impedem que se expresse ou não o/a deixam falar»;
- «As suas decisões são sempre questionadas ou contrariadas»;
- «Criticom a sua vida privada (39,4%)»;
- «Caluniam-no/a ou murmuram nas suas costas (35,5%)»;
- «Sobrevalorizam os seus erros ou falhas (34%)»;
- «Avaliam o seu trabalho de forma parcial, injusta ou mal-intencionada (33%)».

Os enfermeiros com apenas o grau académico de bacharelato estão sujeitos a mais condutas de assédio. São, todavia, os mais qualificados academicamente. a sentirem as condutas com maior intensidade. Por outro lado, os profissionais com maior antiguidade, no serviço e na profissão, são aqueles que estão sujeitos a mais condutas de assédio moral, embora sejam os profissionais com menos anos, na profissão, a sentirem, com maior intensidade, essas condutas.

Os enfermeiros com duplo emprego e os que têm horário acrescido estão sujeitos a mais condutas de assédio, enquanto efectivos na instituição são os que se encontram mais sujeitos às estratégias de assédio, bem como os que ficam mais afectados por essas estratégias. De um modo geral, todos os enfermeiros que participaram neste estudo têm consciência de estarem expostos ao fenómeno e sentiram-se afectados pelas estratégias e comportamentos dos agressores, no seu local de trabalho.

Os resultados dos trabalhos apresentados vêm confirmar a existência deste fenómeno na cultura organizacional das instituições de saúde em Portugal, com consequências nefastas para a saúde física e mental dos enfermeiros e, consequentemente, para a sua actividade profissional. Todos os investigadores usaram, nos seus estudos, a metodologia quantitativa. Não temos conhecimento de terem sido realizadas pesquisas, segundo abordagens qualitativas. Como instrumento de pesquisa, aparece eleita a escala LIPT-60 e apenas um estudo usa o NAQ-R (Sá, 2008).

A satisfação e realização pessoal com o trabalho, o ambiente de trabalho e as relações interpessoais são determinantes para o sucesso e bem-estar do trabalhador. A ausência destes elementos é potenciadora, em princípio, do aparecimento do assédio moral. A desvalorização pelo desempenho e a deficiente sociabilidade do trabalhador podem levar o indivíduo a estar mais predisposto para sofrer.

De um modo geral, todos os comportamentos do agressor visam lesar a vítima. Observa-se, em particular, uma maior incidência nas dimensões DL («desprestígio laboral»), BC («bloqueio à comunicação») e IM («intimidação manifesta»). Para o conseguir, o agressor recorre às estratégias do boato, difamação, não reconhecimento e desvalorização do trabalho do trabalhador, por um lado, e de impedir o trabalhador de falar, de emitir a sua opinião e mesmo recorrer ao grito, por outro.

Apesar da baixa intensidade verificada, na maioria dos comportamentos dos agressores para com as vítimas, estas situações originam, a longo prazo, sequelas na saúde e bem-estar do trabalhador, pois, como refere Arques (2004), «o assédio de baixa intensidade por longos períodos é tão pernicioso quanto o assédio intenso por alguns minutos». Quanto ao estudo de Sá (2008), o único a utilizar o NAQ-R, as condutas mais frequentes relacionam-se mais com questões de âmbito laboral, do que propriamente com questões do âmbito pessoal.

Apesar de ainda serem relativamente escassos os resultados existentes, é fundamental continuar o processo de conhecimento desta realidade, nos ambientes laborais de enfermagem, com a realização de outros estudos. Só assim será possível dar visibilidade ao fenómeno e permitir que todas as potenciais vítimas o conheçam e dele fiquem conscientes e prevenidas. Além disso, dando-se, assim, mais visibilidade a esta problemática, contribuir-se-á para uma mais larga e aprofundada reflexão sobre o fenómeno, favorecendo, ao mesmo tempo, a criação e definição de estratégias de intervenção mais eficientes, devidamente fundamentadas e adaptadas à realidade portuguesa.

## **2.7 RESULTADOS EMPÍRICOS A NÍVEL INTERNACIONAL**

A bibliografia sobre o assédio moral revela-nos a existência, em diferentes países, deste problema, nas mais variadas áreas de prestação de cuidados de enfermagem, com consequências perniciosas para a saúde dos enfermeiros e das organizações. Os estudos encontrados são, maioritariamente, de cariz quantitativo e utilizam, como instrumento de recolha de dados, o questionário (Einarsen, Matthiesen, & Skogstad, 1998; Eriksen & Einarsen, 2004; Eriksen, Tambs, & Knardahl, 2006; Quine, 1999, 2001), enquanto os estudos qualitativos recorreram à entrevista (Castellón, 2011; Randle, 2003; D. Yildirim, 2009).

No Chile, um estudo realizado por Castellón (2011), a treze enfermeiras, concluiu que o assédio moral é um fenómeno circular, na medida em que características da vítima, agressor e organização se relacionam e influenciam entre si, podendo cada um destes elementos, em particular, ser considerado parte da causalidade deste fenómeno. Da análise relacional dos dados, obtiveram-se as seguintes conclusões, como potenciais causas de assédio:

a) Factores organizacionais:

- locais de trabalho com modelos de poder legitimado, que acentuam a assimetria de poder;
- ausência de sistemas de incentivos;
- ausência de políticas de resolução de conflitos;
- sobrecarga laboral e elevados níveis de stress;
- chefias autoritárias.

b) Factores históricos e individuais:

- herança religiosa, associada à humildade e tradição de servir o outro;
- imagem social, em que o cuidar teve o seu início no âmbito familiar e estendeu-se à enfermagem caracterizada pela obediência, passividade e dependência de outros;
- relação de subordinação à prática médica;
- formação universitária com reduzidas capacidades de pensamento crítico.

As características das condutas de assédio são reiteradas, mantidas no tempo e na maior parte das vezes subtis. Podem ser de natureza pessoal relacionadas com acções de intimidação, ameaças, rumores sobre a vida privada e agressões verbais; ou de natureza profissional através de condutas que visam dificultar o desenvolvimento e a execução do trabalho, ocultando informações relevantes e ameaçando o seu *status* profissional.

Relativamente aos factores envolvidos nos mecanismos para enfrentar o assédio, a permanência destas condutas levam a vítima a procurar estratégias para terminar o conflito, confrontando ou denunciando o agressor (estratégias activas); ou diminuindo os contactos com o mesmo (estratégia passiva). É frequente observarem-se mudanças de estratégia, por não se verificar a resolução do problema. Além disso, as estratégias poderão ser reforçadas ou alteradas, segundo (i) a qualidade da experiência vivenciada; (ii) a motivação de permanecer ou não naquele trabalho, e (iii) o estado psicológico da vítima, já que a deterioração psicológica, a impossibilita de valorizar correctamente a capacidade laboral e consequentemente a conservação do seu posto de trabalho (Castellón, 2011).

Um estudo realizado na Noruega, mostra-nos que este fenómeno aparece intimamente associado a agentes organizacionais. Segundo Eriksen et al. (2006), factores como a exposição frequente a situações de conflito, ameaça ou violência, exigências elevadas no trabalho ou a percepção de fraco controlo no trabalho podem contribuir para o sofrimento psíquico dos enfermeiros. Por outro lado, factores como mudanças de trabalho ou fraco suporte social podem também, provocar na vítima, um maior *stress* psicológico.

O Royal College of Nursing (Ball, Pike, & Bradley, 2006), num estudo efectuado a 6000 enfermeiros do Reino Unido, concluiu que 30% dos assediadores são colegas de trabalho, embora a gerência seja o principal assediador, particularmente na pessoa do enfermeiro-chefe, em 24% dos casos. A maioria das vítimas atribuiu a causa do assédio à personalidade do agressor ou às suas reduzidas competências em gestão. Por outro lado, os principais comportamentos dos superiores hierárquicos foram a intimidação e a agressão verbal. Neste estudo, 64% das vítimas disseram ter denunciado a situação à entidade empregadora, mas a

maioria não ficou satisfeita com a forma como ela lidou com o fenómeno, havendo 69% de enfermeiros insatisfeitos, no seu local de trabalho.

Os resultados de um estudo levado a cabo por Hirigoyen (2002), em França, mostraram uma predominância do assédio moral, no sector público. Para a autora, esta situação deve-se ao facto de este sector se ocupar de um bem público e, por conseguinte, não estar relacionado com a produtividade, mas sim com questões do poder político. Caracteriza-se por durar muitos anos, por os funcionários estarem, de algum modo protegidos, não podendo ser despedidos. Já no sector privado, esta perseguição à vítima é mais intensa, dura menos tempo e acaba muitas vezes com o afastamento da vítima.

Segundo Einarsen (2000), referindo-se a um estudo realizado em 1989 por Mathiesen, Raknes e Røkkum, a noventa e nove enfermeiros e assistentes de enfermagem, num hospital psiquiátrico norueguês, 10% destes profissionais disseram sentir-se expostos a assédio moral no trabalho, existindo uma correlação significativa deste conflito com o *burnout* e com queixas da vítima a nível psicológico, em virtude da situação de menos saúde por ela sentida.

As condutas hostis mais comuns utilizadas pelo agressor, encontradas num estudo de Einarsen et al. (1998), estão relacionadas com a manipulação social indirecta através da calúnia, difusão de rumores e hostilidade silenciosa, ignorando a vítima. Para o autor deste estudo, os enfermeiros apresentaram um menor bem-estar psicológico e uma diminuição da satisfação no trabalho.

Os resultados de um estudo realizado em Espanha por Fornés et al. (2004) traduzem que o fenómeno de assédio se reveste de múltiplos comportamentos desprovidos de ética e que visam a humilhação pessoal e o descrédito profissional da vítima. Cada uma destas práticas, por se apresentar de forma continuada e algumas vezes realizada por diferentes agressores, é suficientemente forte para desestabilizar psicologicamente a vítima. Num estudo efectuado a um grupo de 67 enfermeiras, os comportamentos hostis mais frequentemente utilizados foram os seguintes:

- dar informações contraditórias à vítima ou não lhe fornecer a mesma informação transmitida à restante equipa;
- faltar ao respeito e consideração para com o profissional, ao atribuir-lhe tarefas inferiores, não respeitar a sua formação e antiguidade na instituição;
- criticar a sua forma de prestação de cuidados, expondo-a à crítica dos outros;
- Fazer comentários difamatórios, por forma a lançar dúvidas sobre a sua responsabilidade;
- não dar resposta às perguntas da vítima. Esta estratégia foi uma das mais utilizadas pelo agressor, já que é difícil de comprovar, pois o agressor pode refutar, argumentando que não ouviu ou não sabia a resposta.

Trata-se de um fenómeno com uma prevalência superior àquela que a profissão de enfermagem aparenta admitir. É, todavia, responsável pelo descontentamento profissional, sendo igualmente um factor potenciador de mudança de emprego pela vítima (Stevens, 2002). Um estudo realizado por Quine (2001) a enfermeiras vítimas de assédio, no Reino Unido, conclui que:



- 26% das vítimas referiram ter sido afectadas na sua saúde, com aumento de níveis de *stress* e o aparecimento de depressão. Como consequência, faltaram mais dias ao trabalho, por motivo de doença;
- As vítimas apresentaram níveis significativamente mais baixos de satisfação no trabalho, falta de vontade em ir trabalhar e maior propensão em abandonar o emprego;
- As principais condutas de assédio foram as seguintes: maior ambiguidade na função desempenhada, maior sobrecarga de trabalho, níveis inferiores de controlo sobre o trabalho e uma menor participação nas tomadas de decisão.

Na China, o estudo de Kwok et al. (2006), efectuado a 420 enfermeiros, num hospital de Hong Kong, revelou que 76% experimentaram, pelo menos, uma forma de violência no seu local de trabalho, tendo sido a agressão verbal o tipo de violência mais comum. As estratégias utilizadas pelas vítimas para lidar com o problema foram a partilha da agressão com familiares, amigos e colegas de trabalho (82%), seguida da atitude de ignorar o problema (42%). Apenas 1 a 3% recorreram ao sindicato.

Para D. Yildirim (2009), num estudo realizado a 286 enfermeiras da Turquia, as consequências do assédio assentam fundamentalmente na falta de motivação e de compromisso para com o trabalho, um fraco desempenho profissional e, consequentemente, uma reduzida produtividade. Afecta as relações sociais da vítima, dentro e fora da instituição, e as principais condutas de assédio referem-se ao desprezo, exclusão, isolamento ou impedimento de reclamar os direitos.

Os resultados dos estudos apresentados comprovam a presença de assédio moral no ambiente laboral dos enfermeiros, sendo considerado um problema preocupante no sector da enfermagem. Características relacionadas com a cultura organizacional e ambiente de trabalho como os que foram apresentados nos estudos anteriores, contribuem para o sofrimento psíquico, insatisfação no trabalho e mudança de emprego. As estratégias utilizadas pelo agressor para atingir a vítima podem ser de natureza pessoal e/ou profissional, mas visam sempre destabilizar a vítima psicologicamente. Estas desenvolvem mecanismos para enfrentar o conflito, através de estratégias activas e/ou passivas, dependendo da experiência vivida, motivação e estado psicológico. Os efeitos são prejudiciais à saúde do enfermeiro, cuidados prestados aos pacientes e à organização pela deficiente qualidade dos serviços prestados.



## **CAPÍTULO III- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



No presente capítulo justifica-se a escolha da metodologia utilizada, apresentam-se os objectivos deste estudo, expõe-se a estratégia usada na selecção dos participantes e recolha dos dados e por último apresenta-se o método utilizado na análise das narrativa

### 3.1 METODOLOGIA E OBJECTIVOS

Dado o facto, por um lado, de serem ainda escassas, em Portugal, as investigações sobre o assédio moral no âmbito laboral da enfermagem e, por outro, se pretender, com este estudo, conhecer o fenómeno tal como os informantes o descrevem, optou-se por uma abordagem qualitativa, descrita, habitualmente, como holística e naturalista, na medida em que não existe qualquer limitação ou controlo imposto ao investigador (Polit & Hungler, 1995).

O presente estudo assenta na questão de partida: **em que contexto organizacional acontece o assédio moral, em enfermagem, e de que modo o fenómeno afecta a saúde dos seus profissionais e das organizações**. Para o efeito, foram delineados os seguintes objectivos:

- Compreender o fenómeno do assédio moral, em contexto laboral de enfermagem.
- Analisar os elementos constituintes do fenómeno assédio moral, no local de trabalho.
- Conhecer as consequências do assédio moral para o trabalhador e para a organização.

### 3.2 PARTICIPANTES

Este trabalho foca-se na análise das narrativas de seis enfermeiros, vítimas de assédio moral, a exercer funções em unidades de saúde portuguesas, públicas ou privadas, com idades compreendidas entre os 27 e 44 anos, em que apenas dois são do sexo masculino. Ao nível de experiência profissional, 50% dos informantes têm uma experiência profissional de 4 anos e os restantes entre os 13 e 22 anos. Todos têm a sua prática profissional em âmbito hospitalar. Dois profissionais exercem funções num hospital público e quatro numa instituição de saúde privada. No que se refere às habilitações profissionais, existe um enfermeiro especialista, um enfermeiro graduado e quatro enfermeiros de cuidados gerais. Relativamente ao vínculo, metade dos informantes pertence ao mapa de pessoal da instituição e a outra metade tem vínculo precário (recibos verdes).

O processo de selecção foi iniciado com dois enfermeiros vítimas de assédio moral. Os restantes informantes foram seleccionados através da amostragem por redes, também designada de amostragem em “bola de neve”. Assim, os dois primeiros informantes sugeriram o nome de outras pessoas que lhes pareciam apropriadas à participação no estudo, já que partilhavam a característica de terem sido vítimas de assédio (Fortin et al., 2009). Os informantes seleccionados disponibilizaram-se a testemunhar e descrever a sua experiência, tendo revelado motivação para participar no estudo. Para Fortin (1999), a motivação e a

capacidade em se exprimir, são duas características importantes a considerar na escolha dos indivíduos.

Todos os informantes se identificaram como tendo sido vítimas de assédio, em contexto laboral, durante um período mínimo de seis meses e com uma regularidade de pelo menos duas vezes por semana. Os contactos foram efectuados sempre por *e-mail*, por forma a ser mantida a privacidade e a distância necessária do participante. A confidencialidade da informação, a garantia do anonimato e o interesse em participar foram assegurados através de consentimento informado (Anexo I).

Segundo Fortin et al. (2009), em investigação qualitativa, «o número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10), mas pode ser maior se estuda um fenómeno complexo ou se elabora uma teoria» (p. 299). Neste estudo, verificou-se uma enorme dificuldade em as vítimas aceitarem participar no estudo, por julgarem estar a expor, publicamente, a sua privacidade, poderem ser reconhecidas ou ainda pelo facto de não quererem relembrar essa experiência, por a considerarem traumática.

### **3.3 ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS**

A escolha da estratégia para a recolha de dados recaiu sobre a narrativa, através da redacção de um relato, por se considerar permitir ao informante transmitir a sua vivência e percepção sobre o fenómeno. A recolha e análise de material pouco estruturado e narrativo, como é o caso do auto-relato, não limita a redacção da experiência e da subjectividade dos indivíduos (Polit & Hungler, 1995, p. 270), permitindo por outro lado que o participante pense sobre o que deseja partilhar (Streubert & Carpenter, 2002).

Fortin (1999, p. 149), cita o trabalho de Benner de 1994, para referir que «o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la» (p. 149). Também para Bodgan e Biklen (1994), o trabalho do investigador consiste em «recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo» (p. 134). Segundo Latimer (2003), a finalidade de uma abordagem por narrativa é «a de revelar, não resolver», cabendo ao investigador tornar explícitos os significados implícitos dos relatos (p. 143). Segundo Overcash (2005), referindo o trabalho de Richardson realizado em 1990, «a narrativa (...) torna compreensíveis os indivíduos, as culturas, as sociedades e as épocas históricas, cada um como um todo, humaniza o tempo, e permite-nos contemplar os efeitos das nossas acções e alterar as direcções das nossas vidas» (p. 288).

É muito importante que o investigador seja claro e objectivo com o participante, informando-o sobre o que se pretende que ele narre. Deve haver, por isso, instruções precisas acerca da informação pretendida (Streubert & Carpenter, 2002). Assim, depois de confirmado o seu interesse em participar no estudo, a cada informante foi enviado um documento orientador do relato (Anexo II). Nele foram indicados os aspectos mais importantes a abordar,

nomeadamente, caracterização da sua pessoa, do agressor, da organização, do processo de assédio e das suas consequências para todos.

O relato, depois de redigido, foi enviado ao investigador pelos informantes, através via correio electrónico, tendo sido estabelecido o prazo de um mês para a sua entrega.

### 3.4 MÉTODO DE ANÁLISE

Elegeu-se o método fenomenológico descritivo, por se tratar de um método utilizado em pesquisas de fenómenos humanos, cuja análise é feita sob o ponto de vista das pessoas que o viveram ou fizeram parte dessa mesma experiência (Giorgi, 1985). A fenomenologia é um saber que se contrapõe ao conhecimento baseado na observação dos dados. Pretende ser descritivo, porque a sua finalidade é descrever o fenómeno, tal como ele se apresenta, considerando existir sempre uma relação entre indivíduos (Macêdo & Boava, 2007).

Para Fortin et al. (2009), a abordagem fenomenológica permite conhecer a experiência de vida das pessoas, segundo os pontos de vista de cada uma, focando a atenção na subjectividade da experiência humana e no sentido que o indivíduo lhe atribui. Streubert e Carpenter (2002), citam o trabalho dos autores Rose, Beeby e Parker, de 1995, para referir que o método fenomenológico é «uma investigação rigorosa, crítica e sistemática» de um fenómeno, cujo objectivo é «explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado, o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana» (p. 55).

Pretende-se dar a conhecer, num primeiro momento, o modo como as narrativas foram analisadas e num segundo momento apresentam-se os resultados obtidos. A análise dos dados é encarada como a busca de sentido, na descrição de uma experiência humana, ficando associada aos enunciados dos investigadores, que colocam em evidência as unidades de significação da experiência (Fortin, 1999). Na procura de rigor com a informação descoberta, foi solicitado aos informantes o reconhecimento dos resultados como verdadeiros, de acordo com as suas experiências, confirmando, desta forma, a credibilidade e segurança deste trabalho (Streubert & Carpenter, 2002).

Streubert e Carpenter (2002), citando o autor Spiegelberg, referem que a fenomenologia descritiva assenta nas etapas de intuição, análise e descrição. Na primeira etapa, conhece-se o fenómeno tal como é descrito pelos participantes. Posteriormente, identifica-se a essência do fenómeno em estudo, segundo os elementos constituintes e através das relações entre eles. Na terceira etapa, comunicam-se e descrevem-se, com base numa classificação, os elementos distintivos e críticos do fenómeno. Também para Hernández Sampieri, Collado, e Lucio (2006), a análise qualitativa requer flexibilidade, mas não é sinónimo de pura descrição narrativa. Segundo estes autores, que citam a obra de Grinnel, de 1997, sem «um plano de análise, corre-se o risco de obter conclusões fracas e até tendenciosas» (p. 491). Seguindo a metodologia proposta por estes autores, as narrativas que constituem o *corpus* deste estudo foram analisadas. Os dados recolhidos foram depois classificados em unidades, categorias e

temas, interpretando-os e relacionando-os, por forma a uma melhor compreensão do contexto deste fenómeno no ambiente de trabalho. Definiram-se, como unidades de análise, linhas e parágrafos, tendo em conta a ideia nela contida. As categorias permitiram ainda subdividirem-se em subcategorias e tendo em conta a natureza das primeiras, organizaram-se as três seguintes áreas temáticas: elemento vítima, elemento agressor e organização.

As categorias de análise foram elaboradas, segundo as regras a seguir enunciadas (Quadro 1).

**Quadro 1: Regras aplicadas na elaboração de categorias**

Categorias de análise	Regra aplicada
<b>Personalidade</b>	Ter em consideração qualquer característica essencial da vítima, no que se refira ao seu carácter, temperamento e comportamento, explicitamente referida por ela própria
<b>Características Profissionais</b>	Ter em consideração qualquer factor que determine a conduta da vítima, no seu exercício de funções, e que seja referido pela própria
<b>Relação com a Equipa Multidisciplinar</b>	Ter em consideração o tipo de ligação profissional com os colegas, desde que ou explicitamente referida pela vítima
<b>Reacção ao Conflito</b>	Ter em consideração qualquer comportamento da vítima, em resposta aos comportamentos hostis do agressor
<b>Implicações do Assédio na Dimensão Vítima</b>	Ter em consideração qualquer efeito negativo, sentido e expressado pela vítima, em consequência da conduta do agressor, e que tenha influenciado, negativamente, o bem-estar biológico, psicológico, socioeconómico, familiar e profissional desta mesma
<b>Recursos Utilizados</b>	Ter em consideração qualquer pessoa, técnico de saúde ou serviços, a quem a vítima tenha recorrido, dentro ou fora da organização, e que a possam ter apoiado ou contribuído para resolver o seu problema
<b>Motivos Comportamentais</b>	Ter em consideração a justificação dada pela vítima, para o agressor a ter escolhido como alvo
<b>Comportamentos de Assédio</b>	Ter em consideração qualquer acção do agressor para com a vítima, podendo essa acção ter sido de natureza pessoal ou profissional, e realizada através de comportamentos verbais, não verbais ou físicos
<b>Cultura da Organização</b>	Ter em consideração qualquer característica da organização, considerada negativa pela a vítima, capaz de facilitar o aparecimento do assédio
<b>Clima Organizacional</b>	Ter em consideração qualquer característica negativa do ambiente de trabalho ou comportamento dos profissionais, potenciador(es) do aparecimento de assédio moral
<b>Comportamento de Outros Profissionais</b>	Ter em consideração qualquer conduta dos outros profissionais que tenham revelado posição face ao fenómeno
<b>Implicações do Assédio na Dimensão Organização</b>	Ter em consideração qualquer efeito negativo com impacto na organização, provocado pelo agressor



## **CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



No presente capítulo, apresentam-se os resultados da análise efectuada às seis narrativas. No Quadro 2 sintetizam-se as áreas temáticas encontradas e suas correspondentes categorias e subcategorias e, no Anexo III, apresenta-se o quadro matriz de redução de dados onde se sintetiza toda a informação obtida a partir dos relatos dos participantes.

**Quadro 2: Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise dos conteúdos das narrativas de vítimas de assédio moral no local de trabalho**

Área Temática	Categoria	Subcategoria
<b>Elemento Vítima</b>	Personalidade	Calma Introvertida Extrovertida
	Características profissionais	Motivação Dinamismo Competência
	Relação com a equipa multidisciplinar	Saudável Não saudável Fuga ao conflito
	Reacção ao conflito	Comportamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• activo</li> <li>• passivo</li> <li>• negação</li> </ul>
	Implicações do assédio	Nível físico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insónias</li> <li>• Taquicardia</li> </ul> Nível psíquico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade</li> <li>• <i>Stress</i></li> <li>• Depressão</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Agressividade</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Angústia</li> <li>• Revolta</li> <li>• Insegurança</li> <li>• Fadiga</li> </ul> Nível familiar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal-estar</li> <li>• Agressividade</li> <li>• Insegurança</li> </ul> Nível socioeconómico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergonha</li> <li>• Má imagem</li> <li>• Redução no vencimento</li> <li>• Isolamento</li> </ul> Nível profissional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absentismo</li> <li>• Insegurança</li> <li>• Transferência de serviço</li> <li>• Demissão</li> <li>• Abandono da profissão</li> <li>• Desmotivação/insatisfação laboral</li> <li>• Produtividade reduzida</li> <li>• Isolamento</li> </ul>
	Recursos utilizados	Dentro da organização: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço de saúde ocupacional</li> <li>• Superior hierárquico</li> <li>• Colegas/pares</li> </ul> Fora da organização: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Família</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo</li> <li>• Médico</li> <li>• Sindicato</li> <li>• Desporto</li> </ul>
<b>Elemento Agressor</b>	Motivos Comportamentais	Ameaça à auto-estima Comportamento micro-político
	Comportamentos de assédio	Monitorização do trabalho Mudança ou afastamento de tarefas Críticas persistentes Humilhações Intimidação Sobrecarga de trabalho Indução à ocorrência de erros Recusa de comunicação Punições Difusão de rumores Isolamento Agressão verbal
<b>Organização</b>	Cultura da organização	Deficiente estrutura hierárquica Deficiente comunicação Ausência de incentivos motivacionais Tipo de liderança: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocrática</li> <li>• Laissez faire</li> </ul> Reduzidas competências dos gestores
	Clima organizacional	Competição Servilismo Inexistência de trabalho em equipa Deficiente gestão de conflitos Antecedentes de assédio na organização
	Comportamento de outros profissionais	Apoio ao agressor Apoio à vítima Passivo
	Implicações do assédio	Custos directos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absentismo</li> </ul> Custos indirectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança de chefias</li> <li>• Rotatividade</li> <li>• Empobrecimento das relações de trabalho</li> <li>• Redução do compromisso do trabalhador</li> </ul> Custos intangíveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Má imagem</li> <li>• Deficiente prestação de cuidados</li> <li>• Mau ambiente de trabalho</li> </ul>

As áreas temáticas encontradas no estudo desta problemática vêm de encontro ao apresentado na bibliografia internacional, quando se refere a este fenómeno como o resultado da interacção entre factores relacionados com a vítima, com o agressor e resultantes da relação entre as pessoas e factores organizacionais (Einarsen et al., 2011; Hoel & Cooper, 2001; Poilpot-Rocaboy, 2006; Salin, 2006).

## 4.1 O ELEMENTO VÍTIMA

Nesta área temática pretendeu-se conhecer o enfermeiro enquanto vítima de assédio moral no seu local de trabalho. A análise de conteúdo revelou que as narrativas dos informantes se enquadram em seis categorias:

- Personalidade
- Características profissionais
- Relação com a equipa multidisciplinar
- Reacção ao conflito
- Implicações do assédio
- Recursos utilizados

### 4.1.1 PERSONALIDADE

A análise das narrativas aos enfermeiros, vítimas deste fenómeno, fez sobressair, dentro desta categoria, as seguintes subcategorias:

- Calma
- Introversa
- Extroversa

Pode-se observar, na Tabela Síntese 1, que dois enfermeiros relataram, explicitamente, ser calmos:

*“Sou uma pessoa calma...”*(N4)

*“sempre me considerei um indivíduo calmo e pacífico”*(N5)

Apenas um informante referiu ser uma pessoa introversa, embora calma:

*“Sou uma pessoa calma e introversa”*(N4)

Dois enfermeiros referiram ser portadores de uma personalidade extroversa:

*“No que toca à minha personalidade, o que mais me caracterizava era eu ser uma pessoa bem disposta e extroversa até começar a ser mal tratada no meu próprio local de trabalho”*(N3)

*“Apresento-me de forma divertida, amiga das pessoas, extroversa, de bom trato com as pessoas e tento transmitir uma certa alegria aos pacientes e família”*(N6)

### 4.1.2 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

Da análise desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias:

- Motivação
- Dinamismo
- Competência

Tabela Síntese 1: Caracterização da vítima

Categoria	Sub-categoria		N1	N2	N3	N4	N5	N6
Personalidade	Calma					X	X	
	Introversa					X		
	Extroversa				X			X
Características profissionais	Motivação			X			X	X
	Dinamismo			X			X	
	Competência				X			
Relação com a equipa multidisciplinar	Saudável				X	X	X	
	Não saudável							X
	Fuga ao conflito		X	X				
Reacção ao conflito	Comportamento activo		X	X		X	X	
	Comportamento passivo				X	X	X	X
	Comportamento de negação		X					
Implicações do assédio	Nível físico	Insónias	X	X	X		X	X
		Taquicardia					X	
	Nível psíquico	Ansiedade	X		X	X	X	X
		Stress	X	X		X	X	
		Depressão			X			
		Irritabilidade	X	X			X	X
		Agressividade					X	
		Tristeza		X				
		Angústia		X				
		Revolta		X		X		
		Insegurança			X	X		
		Fadiga	X					X
	Nível familiar	Mal-estar		X	X			
		Agressividade					X	
		Insegurança			X			
	Nível sócio económico	Vergonha			X			
		Má imagem			X			
		Redução no vencimento			X		X	
		Isolamento			X			
	Nível profissional	Absentismo	X		X			
		Insegurança	X		X	X		
		Transferência de serviço		X	X			
		Demissão					X	
		Abandono da profissão					X	
		Desmotivação /insatisfação laboral		X	X	X	X	X
		Produtividade reduzida				X	X	
		Isolamento			X	X	X	
Recursos utilizados	Dentro da organização	Serviços de saúde ocupacional	X					
		Superior hierárquico	X	X	X			
		Colegas/pares		X				X
	Fora da organização	Família	X	X				X
		Psicólogo			X			
		Médico			X			
		Sindicato		X				
		Desporto		X				

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que metade das vítimas eram profissionais motivados. São exemplo:

*“Considero que sempre fui pessoa interessada, motivada para todas as intervenções e actualizações na área de enfermagem, uma vez que a escolha da profissão foi por paixão e vocação pessoal”*(N2)

*“Considero-me uma pessoa ambiciosa, com objectivos definidos e vontade de progredir na carreira. Sou bastante trabalhadora, defensora cerrada da profissão e dos colegas de profissão”*(N6)

Dois enfermeiros relataram ser profissionais dinâmicos, antes de passarem pelo processo de assédio:

*“Sempre considerei que a especialidade de reabilitação teria uma útil aplicabilidade e por isso desenvolvi um projecto profissional para o serviço. [...] desenvolvi formação em contexto de trabalho de forma a que a continuidade de cuidados fosse mais eficaz”*(N2)

*“Era um indivíduo bem disposto, dinâmico e motivado”*(N5)

Apenas um informante mencionou a competência como característica profissional:

*“Sempre me considerei uma profissional competente”* (N3)

#### 4.1.3 RELAÇÃO COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Esta categoria originou as seguintes subcategorias:

- Saudável
- Não saudável
- Fuga ao conflito

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que metade dos enfermeiros referiu ter um relacionamento saudável com os restantes elementos da equipa de trabalho:

*“Sou uma profissional que nunca teve quaisquer problemas na relação com a restante equipa multidisciplinar”* (N4)

*“Existia espírito de entreajuda”* (N5)

Apenas um dos inquiridos mencionou uma relação não saudável com os restantes elementos da equipa:

*“a relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremenda aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa. [...] não vejo união no grupo de trabalho”* (N6)

Dois informantes mencionaram ter um comportamento de fuga ao conflito:

*“De um modo geral no meu dia a dia raramente entro em colisão com os meus colegas”* (N1)

*“Tento estabelecer boas relações interpessoais, no entanto durante este percurso profissional encontrei pessoas de difícil personalidade e para as quais tentei adoptar uma postura sem conflito. [...] Tento sempre evitar o conflito”* (N2)

#### 4.1.4 REACÇÃO AO CONFLITO

Nesta categoria, ao analisar-se as reacções da vítima face aos comportamentos hostis do agressor, emergiram as seguintes subcategorias:

- Comportamento activo
- Comportamento passivo
- Comportamento de negação

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que a maioria dos informantes do estudo tentou a resolução do conflito com o agressor. São exemplo:

*“Nessa primeira ocorrência ainda retorqui de uma forma assertiva. [...] Nesse primeiro embate pensei que tinha resolvido o problema, visto não ter tido resposta à minha argumentação”(N1)*

*“Provavelmente nunca voltaria ao trabalho se não tivesse lutado por me defender, por ver esclarecidos os factos, e limpar o meu nome, mesmo que para isso tivesse que “ameaçar” colocar a situação num advogado” (N4)*

Pode-se verificar, através da Tabela Síntese 1, que quatro enfermeiros referiram terem tido uma resposta passiva, relativamente aos comportamentos do agressor. São exemplo:

*“Não podia dizer nada porque era recibo verde. Para além disso, não conseguia arranjar emprego em mais lado nenhum e por isso aceitei passivamente o que me fizeram” (N5)*

*“Porque estamos num período economicamente difícil, sabem que preciso deste emprego e acho que abusam por esse motivo” (N6)*

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que apenas um enfermeiro negou o que estava a acontecer, por não ter valorizado os ataques do agressor, numa fase inicial:

*“De início tudo parecia correr dentro da normalidade até que surgiram as primeiras “chamadas de atenção” por parte de uma enfermeira que de início interpretei como construtivas. [...] Achei que era impressão minha, que não estava a acontecer e até que a colega não estaria a fazer por mal. Olhando para trás, sempre arranjei desculpas e só quando comecei a ter repercussões físicas é que olhei para toda a situação que me estava a acontecer de outra forma” (N1)*

#### 4.1.5 IMPLICAÇÕES DO ASSÉDIO

Esta categoria visou analisar de que forma o assédio moral, caracterizado pelo sofrimento psíquico que provoca, é capaz de afectar os enfermeiros. Da análise das narrativas, extraíram-se as seguintes subcategorias:

a) Nível físico:

- Insónias
- Taquicardia

Conforme se pode observar na Tabela Síntese 1, a maioria dos informantes do estudo narraram ter sofrido de insónias, como consequência do assédio as insónias. Exemplos:

*“As insónias apareceram” (N1)*

*“Comecei a ter insónias porque estes problemas do trabalho não me saem da cabeça” (N6)*

Por outro lado, apenas um enfermeiro referiu taquicardia:

*“Só de saber que ia fazer noite naquelas condições começava a ficar [...] e com taquicardia” (N5)*



b) Nível psíquico:

- Ansiedade
- Stress
- Depressão
- Irritabilidade
- Agressividade
- Tristeza
- Angústia
- Revolta
- Insegurança
- Fadiga

A Tabela Síntese 1 indica-nos que cinco enfermeiros manifestaram ansiedade, como consequência do assédio. São exemplo:

*“Andava muito ansioso. [...] A minha postura passou a ser de alerta em qualquer situação e trabalhar nesta tensão é muito desgastante não só física como psicologicamente”* (N1)

*“Vou para o trabalho nervosa e ansiosa porque sei que me persegue e insulta dizendo que está tudo mal”* (N6)

Quatro informantes mencionaram o stress. São exemplo:

*“O desgaste psicológico foi maior pela pressão psicológica do que propriamente pela integração ou a parte física exigida”* (N1)

*“Esta era uma situação para mim insuportável e inaceitável, geradora de muito stress e ansiedade e começou a tornar a minha vida num pesadelo”* (N5)

Apenas um enfermeiro referiu ter entrado em depressão:

*“Depressão: estou medicada”* (N3)

A maioria mencionou apresentar um estado de irritabilidade. Exemplos:

*“Aquele requinte de malvadez começou a atingir-me ao ponto de me deixarem [...] nervoso quando ia trabalhar”. [...] Entrei num estado de irritabilidade [...] quando estava no serviço”* (N1)

*“Só de saber que ia fazer noite naquelas condições começava a ficar irritado. [...] andava irritado [...]”* (N5)

Apenas um enfermeiro narrou que os ataques do agressor lhe tinham despertado comportamentos de agressividade:

*“Com o passar do tempo tornei-me até mesmo agressivo no trabalho com os meus colegas e em casa”* (N5)

Também apenas um enfermeiro destacou o aparecimento de sentimentos de tristeza:

*“Sentia uma grande tristeza”* (N2)

Outro manifestou ter passado por estado de angústia:

*“Desgaste físico e emocional intenso, sentia-me angustiada”* (N2)

Dois informantes relataram sentimentos de revolta:

*“Sensação de revolta e injustiça” (N2)*

*“Posso trabalhar com medo, com revolta, desmotivada, mas o consolo é fazer o que gosto” (N4)*

Apenas dois enfermeiros referiram sentimentos de insegurança:

*“Complexos de inferioridade a nível profissional e pessoal: fez-me pensar e ter a sensação que não presto. [...] As consequências que toda esta situação teve para mim foram muitas e ainda hoje há sequelas delas. Foram sobretudo: medo, [...]” (N3)*

*“Isto faz com que o medo e a insegurança sejam os sentimentos do dia-a-dia. [...] Estou sempre com medo em tudo o que faço. Existe da minha parte medo pela perseguição que aquele administrador faz ao meu trabalho. Sem perceber o porquê, sinto que a minha presença não lhe agrada ” (N4)*

Dois informantes mencionaram sentir fadiga:

*“Não era fácil estar permanentemente a ouvir chamadinhas de atenção e elas foram tornando-se na minha cabeça como que falhas gravíssimas. Se aparentemente pareciam não ter qualquer importância, por não terem significado nenhum [...], aquele requinte de malvadez começou a atingir-me” (N1)*

*“Sinto-me cansada, não fisicamente, mas psicologicamente, pela pressão a que estou sujeita no meu dia-a-dia” (N6)*

Também ao nível familiar, alguns enfermeiros encontraram prejuízos deste fenómeno nas suas vidas, nomeadamente:

- Mal-estar
- Agressividade
- Insegurança

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que dois enfermeiros mencionaram ter sofrido mal-estar no seu seio familiar:

*“Também na vertente familiar se verificaram mudanças pelo fato de andar sobre toda esta pressão” (N2)*

*“Sinto que nunca mais fui a mesma. Após 8 anos, parece que continuo zangada com a vida, magoada com a instituição mas ao mesmo tempo e só recentemente, quando a minha vida familiar “estremeceu”- com o risco de um divórcio, procurei ajuda” (N3)*

Apenas um enfermeiro manifestou comportamentos de agressividade para com a sua família:

*“respondia agressivamente à minha família. [...] Com o passar do tempo tornei-me até mesmo agressivo no trabalho com os meus colegas e em casa” (N5)*

Também apenas um informante referiu, como repercussão a nível familiar, o sentimento de insegurança:

*“Tornei-me desconfiada não só no trabalho mas também em casa” (N3)*

Nível socioeconómico:

- Vergonha
- Má imagem

- Redução no vencimento
- Isolamento

Na Tabela Síntese 1, podemos observar que apenas um enfermeiro referiu como consequência a vergonha:

*“Quando ia trabalhar sentia vergonha porque sabia que todos falavam de mim pelos boatos que circulavam, mas ao mesmo tempo não percebia porque é que aquilo me estava a acontecer”* (N3)

O mesmo informante mencionou também a má imagem, como repercussão na sua vida social:

*“Esta situação passou para fora do hospital. Vivemos numa terra pequena onde todos se conhecem e por minha infelicidade até fora tentou denegrir a minha imagem enquanto profissional, mais uma vez com boatos falsos”* (N3)

Dois enfermeiros narraram implicações ao nível económico, nomeadamente, no que refere à redução de vencimento:

*“Tive uma redução acentuada no meu vencimento porque me colocaram de horário fixo, com todas as consequências que isso acarreta porque sou casada e com filhas”* (N3)

*“Vi o meu horário reduzido de 40 horas semanais para 4 horas semanais. Para além de financeiramente me terem complicado a vida [...]”* (N5)

Apenas um enfermeiro referiu o isolamento, como consequência social de o terem submetido a assédio moral:

*“Socialmente isolei-me de tudo e todos. Na instituição a determinado momento só falava com três pessoas”* (N3)

Nível profissional:

- Absentismo
- Insegurança
- Transferência de serviço
- Demissão
- Abandono da profissão
- Insatisfação laboral/desmotivação
- Produtividade reduzida
- Isolamento

A análise da Tabela Síntese 1 permite-nos concluir que um terço dos trabalhadores faltou ao trabalho:

*“Coloquei atestado por um período de 2 semanas”* (N1)

*“Ao longo dos últimos 5 anos já apresentei várias vezes baixas médicas”* (N3)

Metade dos enfermeiros referiu insegurança a nível profissional, como consequência do assédio. Exemplos:

*“[...] o sentimento de que tinha perdido qualidades e capacidades surgiram, e comecei a pensar que já não era capaz de exercer as minhas funções como os colegas mais jovens. [...] Preciso de me integrar o mais rapidamente possível para poder controlar alguma falha minha. Parecia estar ser vítima de mim próprio”, porque queria ter tudo sob controlo para não falhar e*

*não percebi de imediato que uma colega quisesse estar a destruir-me só pelo simples prazer de o fazer porque nunca tínhamos tido qualquer conflito, simplesmente eu era um elemento novo na equipa. [...] A única forma de poder ultrapassar o problema era tentar integrar-me o mais rapidamente possível” (N1)*

*“Complexos de inferioridade a nível profissional e pessoal: fez-me pensar e ter a sensação que não presto. [...] Tornei-me desconfiada não só no trabalho” (N3)*

Apenas dois enfermeiros narraram ter pedido transferência de serviço:

*“Pedi transferência emergente de serviço, que foi aceite, de forma a não perder a minha sanidade mental. [...] não sobrava outra alternativa senão pressionar ao máximo a minha mobilidade de serviço e esquecer este episódio infeliz da minha vida” (N2)*

*“Actualmente estou a trabalhar num serviço onde me tornei polivalente pela diversidade de experiências que esse mesmo serviço me proporciona e acima de tudo tenho reaprendido a gostar da minha profissão porque tive momentos em que me parecia que a minha única solução era abandonar a instituição” (N3)*

Um informante do estudo referiu ter-se demitido da instituição onde exercia funções:

*“ ‘vamos cansá-lo’ e ele há-de rebentar e sair! Jurei-lhe que não e que nunca lhe daria esse gosto, mas efectivamente não aguentei. Estive lá ainda cerca de um ano naquela situação, mas começou a ser penoso para mim ir trabalhar. [...] soube-o tarde demais, quando ao fim de um ano não aguentei e me vim embora. Não havia necessidade de me destruir psicologicamente. [...] Sempre me custou aceitar esta situação e agora que olho para trás custa-me acreditar como consegui trabalhar naquelas condições desumanas que me estavam a destruir” (N5)*

O mesmo enfermeiro citou ter abandonado a profissão:

*“Este período da minha vida foi muito negativo e trouxe mudanças radicais. Não mais voltei a exercer a profissão de enfermagem e trabalho noutro ramo que nada tem a ver com a profissão para a qual estudei. Refiz a minha vida. Ser enfermeiro em Portugal está difícil porque há falta de emprego, mas não há necessidade de se ser humilhado e rebaixado ao ponto a que eu fui. Fico triste e até desiludido comigo por não estar a exercer enfermagem mas a minha saúde está em primeiro lugar. Percebi que não me adianta ter um curso, ser jovem e força para trabalhar se da outra parte não houver respeito!!!” (N5)*

Apenas um enfermeiro não mencionou, na sua narrativa, a insatisfação laboral e consequente desmotivação, como consequência deste fenómeno. Cinco referiram. Exemplos:

*“Em determinado momento deixei de gostar do meu trabalho e ponderei abandonar a instituição e a cidade onde vivo. Apesar de ter sido afastada do serviço, tenho tentado reaprender a sobreviver nesta selva que é este hospital. [...] Sinto que nunca mais fui a mesma. Após 8 anos, parece que continuo zangada com a vida, magoada com a instituição” (N3)*

*“Com o passar do tempo tornei-me desinteressado, desmotivado...” (N5)*

Por último, dois enfermeiros mencionaram a problemática da redução da produtividade:

*“Sinto-me [...] mal aproveitada sob ponto de vista profissional. Tenho muitas mais capacidades e não as posso mostrar” (N4)*

*“senti-me esvaaziado de funções. Limitava-me a levantar pensos para o doutor observar e desinfecar suturas. Apenas quatro horas por semana e o resto do tempo em casa a pensar o porquê de isto me estar a acontecer” (N5)*

Três enfermeiros mencionaram terem sido vítimas de isolamento. Exemplos:

*“fui direccionada para um local de trabalho, e proibida de trabalhar em outras áreas como ocorre com os meus colegas. Fico confinada a um espaço, a trabalhar na maior parte do tempo sozinha, sem poder tirar dúvidas, partilhar ideias e conhecimentos com os outros colegas de equipa. Não percebo o porquê de estar proibida de trabalhar com os outros colegas do internamento. Sinto-me isolada dos outros” (N4)*

*“a minha chefe comunicou-me que por ordens superiores sairia do internamento e passaria a trabalhar numa sala para dar apoio à ortopedia (duas vezes por semana, turnos de duas horas). [...] Completamente isolado dos outros..., aliás tudo isto foi feito com o seu conhecimento (administradores), e soube mais tarde que eram assim que se livravam de profissionais como eu, pois já não era a primeira vez” (N5)*

#### 4.1.6 RECURSOS UTILIZADOS

Esta categoria pretende dar a conhecer os recursos utilizados pelas vítimas para superar este conflito em escalada, tendo-se encontrado as seguintes subcategorias:

a) Dentro da organização:

- Serviços de saúde ocupacional
- Superior hierárquico
- Colegas/pares

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que apenas um enfermeiro recorreu aos serviços de saúde ocupacional.

*“Pedi ajuda no serviço de saúde ocupacional porque andava muito ansioso e precisava de descansar, mas não tive coragem de dizer o verdadeiro motivo da minha ansiedade” (N1)*

Metade dos enfermeiros narrou ter tido o apoio de um superior hierárquico. São exemplo:

*“Marquei entrevista com enfermeira directora e pedi transferência urgente de serviço, que foi aceite” (N2)*

*“Já não estaria neste hospital se não tivesse um administrador que acreditasse em mim e que me deu total apoio e protecção” (N3)*

Apenas um terço dos informantes do estudo mencionou o apoio de outros profissionais da instituição (colegas/pares):

*“Tive o apoio incondicional da equipa médica, auxiliares de acção médica e de alguns colegas do serviço” (N2)*

*“na instituição apenas desabafos com duas ou três colegas que vivem situações semelhantes à minha” (N6)*

b) Fora da organização:

- Família
- Psicólogo
- Médico
- Sindicato
- Desporto

A Tabela Síntese 1 mostra-nos que metade dos enfermeiros teve apoio da família:

*“Sentia uma grande tristeza, mas com a ajuda da família [...] consegui manter o meu equilíbrio mental” (N2)*

*“Tenho o apoio do meu marido” (N6)*

Apenas um enfermeiro solicitou apoio de psicólogo e de médico:

*“Tem sido uma fase difícil. Porque já não aguentava mais procurei ajuda com uma psicóloga” (N3)*

*“procurei ajuda e depois de quase um ano de ajuda médica e psicológica tenho um sentimento estranho de orgulho por apesar de ter ido “bem ao fundo” e ainda cá estar” (N3)*

Um enfermeiro recorreu à ajuda do sindicato dos enfermeiros:

*“Face a este panorama consultei o advogado do sindicato. [...] Este problema tornou-se de tal ordem difícil de resolver com envolvimento de tribunal ...” (N2)*

O mesmo profissional de saúde ter-se apoiado no desporto, como forma de manter o equilíbrio mental:

*“Com a ajuda da família e do desporto consegui manter o meu equilíbrio mental” (N2)*

## **4.2 O ELEMENTO AGRESSOR**

A segunda área temática permite-nos conhecer o outro elemento implicado neste fenómeno – o agressor. Assim, este elemento é, na maioria dos casos, do género masculino (4). Cinco (5) são superiores hierárquicos da vítima e um (1) é colega da vítima. Um dos participantes (N5) foi vítima em simultâneo por dois agressores.

Desta análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias:

- Motivos comportamentais
- Comportamentos de assédio

### **4.2.1 MOTIVOS COMPORTAMENTAIS**

Da análise das seis narrativas surgiram as duas subcategorias seguintes:

- Ameaça à auto-estima
- Comportamento micro-político

Pode-se observar, na Tabela Síntese 2, que das seis narrativas, dois dos informantes relataram, como motivo principal do assédio do agressor, este ver, na vítima, uma ameaça à sua auto-estima:

*“A enfermeira sabia todas as rotinas do serviço, trabalha na unidade há 12 anos e sabia todos os procedimentos em que os elementos que estão há pouco tempo no serviço são passíveis de cometer falhas. [...] não percebi de imediato que uma colega me quisesse estar a destruir..., simplesmente porque eu era um elemento novo na equipa” (N1)*

*“Da parte da chefia, inicialmente parecia ter havido uma boa receptividade mas com a continuidade no tempo comecei a notar que a mesma em vez de estimular a equipa a manter o dinamismo necessário, começou a levar elementos para o gabinete para efectuar trabalho burocrático e administrativo de forma a que todos os documentos que ela necessitava de*

*apresentar chegassem atempadamente, sendo a visibilidade da chefia no exterior exemplar em detrimento dos cuidados prestados pela equipa ao doente” (N2)*

**Tabela Síntese 2: Caracterização do agressor**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>	<b>N5</b>	<b>N6</b>
<b>Motivos</b>	Ameaça à auto-estima	X	X				
	Comportamento micro político			X	X	X	X
<b>Comportamentos de assédio</b>	Monitorização do trabalho	X	X		X	X	X
	Mudança ou afastamento de tarefas		X	X			
	Críticas persistentes	X			X		
	Humilhações	X		X		X	X
	Intimidação		X	X	X		
	Sobrecarga de trabalho					X	
	Indução à ocorrência de erros			X			
	Recusa de comunicação			X	X	X	X
	Punições				X	X	
	Difusão de rumores			X	X		
	Isolamento			X	X	X	
	Agressão Verbal		X	X	X	X	X

Por outro lado, quatro dos informantes atribuem, como motivo da agressão, a existência de um comportamento micro-político existente, na organização onde prestam cuidados. Exemplos:

*“Naquele hospital os enfermeiros não são valorizados enquanto profissionais e sobretudo não são respeitados enquanto pessoas. Limitam-se a executar tarefas, segundo as ordens por vezes absurdas de indivíduos que não sabem o que estão a fazer e cuja única preocupação é facturar” (N5)*

*“Há sempre um constante culpabilizar de um colega por erros que não é ele que comete. Há um estranho prazer por parte dos restantes colegas e chefes em haver sempre um alvo a abater. Parece que toda a equipa se une para isolar e afastar alguém do serviço, apesar de explicitamente nunca ter ouvido conversas entre eles com tais intenções. [...] vive-se a cultura da intimidação e da ameaça por parte do administrador, muitas vezes sem perceber verdadeiramente o motivo dos ataques de ira e das ameaças de despedimento” (N6)*

#### 4.2.2 COMPORTAMENTOS DE ASSÉDIO

Nesta categoria, as vítimas de assédio fazem referência às estratégias utilizadas pelo agressor. A sua análise faz emergir as seguintes subcategorias:

- Monitorização do trabalho
- Mudança ou afastamento de tarefas
- Críticas persistentes
- Humilhações
- Intimidação
- Sobrecarga de trabalho
- Indução à ocorrência de erros
- Recusa de comunicação
- Punições
- Difusão de rumores
- Isolamento

- Agressão verbal

Conforme se resume na Tabela Síntese 2, cinco informantes referiram, como estratégia utilizada pelo agressor, a monitorização do trabalho. Exemplos:

*“Observava-me persistentemente na perspectiva de detectar algum erro que servisse para me pressionar com mais incidentes escritos. O ambiente de trabalho tornou-se insuportável nos dias em que a chefia estava presente” (N2)*

*“Sinto-me cansada, não fisicamente, mas psicologicamente pela pressão e controlo a que estou sujeita no meu dia a dia” (N6)*

Dois enfermeiros referiram a mudança ou afastamento de tarefas:

*“Da parte da chefia, inicialmente parecia ter havido uma boa receptividade mas com a continuidade no tempo comecei a notar que a mesma em vez de estimular a equipa para manter o dinamismo e articulação necessária, começou a levar elementos para o gabinete para efectuar trabalho burocrático e administrativo [...] em detrimento dos cuidados prestados pela equipa ao doente. A partir daqui, para além da equipa não ter desenvolvimento no tratamento dos doentes existindo situações de aparecimento de úlceras de pressão...” (N2)*

*“ter sido transferida de serviço contra a minha vontade e sem qualquer justificação e por ordem deste administrador, para uma sala onde não havia trabalho. [...] Apesar de distante de mim, ainda hoje sempre que pode tenta prejudicar-me porque encaminha os seus doentes do consultório para outros enfermeiros e não para mim, quando sou eu a responsável por essas actividades, pois sou eu que estou escalada para dar esse apoio” (N3)*

Dois participantes narraram o uso de críticas persistentes pelo agressor:

*“A colega em questão começou a perceber que a minha forma de estar se tinha modificado, mas tentava na mesma interferir com o meu trabalho, criticando-o, sempre que podia. [...] Não era fácil estar permanentemente a ouvir chamadinhas de atenção e elas foram tornando-se na minha cabeça como que falhas gravíssimas...” (N1)*

*“Limita-se a criticar..., mesmo quando essa situação nada tem a ver com o enfermeiro. Parece haver uma perseguição a alguns enfermeiros que não têm ninguém que os proteja ” (N4)*

Quatro enfermeiros relataram terem sido vítimas de humilhações. São exemplo:

*“Sublinhava a vermelho os meus registos de enfermagem; Rebaixar-me à frente dos doentes, dizendo que ele era o patrão; Ridicularizar-me à frente dos doentes. [...] Fui vítima de xenofobia por não ser portuguesa, inferiorizando-me enquanto pessoa aos outros colegas” (N3)*

*“Já me senti humilhada e ridicularizada várias vezes pelo administrador que me faz chamadas de atenção perante pacientes na sala de espera. Fala sempre em tom de voz austero, com dedo apontado ao meu nariz” (N6)*

Encontrou-se também, como comportamento de assédio moral no local de trabalho, o recurso à intimidação, dele fazendo referência três informantes. Exemplos:

*“Usou todos os pretextos possíveis mesmo que absurdos para escrever só no meu processo individual incidentes críticos para que eu me sentisse intimidada. Senti claramente que estava a prejudicar o meu trabalho. [...] Utilizava situações ridículas para que eu me sentisse mal e por tudo era chamada à atenção de forma ameaçadora. [...] Todas as situações constrangedoras passaram a ser referenciadas pela enfermeira chefe como uma ameaça para a avaliação de desempenho do triénio” (N2)*



*“Nesse período estava grávida. Chegou a fazer-me ameaças referindo que a manutenção do meu emprego não era compatível com a gravidez e que por isso deveria abortar” (N3)*

Apenas um enfermeiro descreveu o assédio a que foi submetido, pelo recurso a sobrecarga de trabalho:

*“fiquei frequentemente a trabalhar sozinho com doentes distribuídos por dois pisos, sendo fácil de entender que se estou num piso com 15 doentes em que a maioria é dependente, humanamente é-me impossível estar no outro andar, estando no meu ponto de vista esses doentes abandonados, mas ao mesmo tempo sob a minha responsabilidade. [...] Mandou o outro colega embora e eu fiquei a fazer turno sozinho, colocando em perigo a assistência que eu poderia dar aos doentes. [...] Também o haver uma desigual distribuição dos doentes era frequente onde nunca consegui encontrar critérios para tal distribuição e onde uns eram sistematicamente sobrecarregados relativamente a outros enfermeiros (sempre me pareceu que os enfermeiros trabalhadores e competentes no exercício das suas funções eram prejudicados relativamente aos maus profissionais, mas que mantinham boas relações sociais com a chefia e com o director de serviço” (N5)*

Apenas um participante relata, como comportamento utilizado pelo agressor, a persuasão à ocorrência de erros:

*“Quando recebo os seus pacientes sinto que há um propósito em me prejudicar. Por ex: indicações médicas com erros terapêuticos nas vias de administração. Para mim, um doente vindo dele, faz-me sempre despertar um sentido de alerta que não é necessário com outros profissionais” (N3)*

Relativamente à subcategoria de recusa da comunicação, quatro informantes fazem referência a esta estratégia. São exemplo:

*“Encaminha os seus doentes do consultório para outros enfermeiros e não para mim, quando sou eu a responsável por essas actividades, pois sou eu que estou escalada para dar esses apoios” (N3)*

*“Fui suspensa de funções durante cerca de dois meses sem qualquer justificação. Abdicaram dos meus serviços por tempo indeterminado. Mandaram a minha chefe substituir os meus turnos por outros colegas e fui mandada para casa como castigo. E isto aconteceu sem me darem oportunidade de me defender, sem quererem saber o quê e como se passou, sem darem a cara e me informarem do que fiz de errado” (N4)*

Dois enfermeiros narraram a existência de punições, no seu local de trabalho, como estratégia utilizada pelo agressor:

*“Limita-se a criticar, gritar, castigar, punir quando alguma situação incorrecta ocorre, mesmo quando essa situação nada tem que ver com o enfermeiro. [...] Castiga-me e sem razão para tal, sou recibo verde e já vi o meu número de horas de trabalho ser reduzido sem saber o porquê. [...] a chefia me suspende-se durante cerca de dois meses sem qualquer justificação. Abdicaram dos meus serviços por tempo indeterminado. Mandaram a minha chefe dar os meus turnos a outros colegas e fui mandada para casa como castigo. [...] culpam-nos de algo sem razão, não nos darem oportunidade de nos defendermos e punirem-me daquela forma foi demais. Tentei inicialmente justificar-me e perceber perante o administrador porque estava a ser castigada sem nunca obter uma resposta, ou melhor chegou a dizer-me que se não quisesse aceitar que entendesse aquele castigo como umas férias... Quais férias??” (N4)*

*“como se o enfermeiro não soubesse gerir os seus cuidados de enfermagem, soubesse estabelecer prioridades nas suas actividades, não pudesse ir ao wc, alimentar-se ou simplesmente sentar-se*

*para efectuar registos de enfermagem. O ser apanhados num destes momentos era o suficiente para humilhações, insultos e castigos (como trabalho a recibos verdes se for dispensado dos turnos ou até mesmo nos horários seguintes não estivesse escalado não trabalhava e consequentemente não recebia)” (N5)*

Em duas narrativas encontraram-se referências à difusão de rumores:

*“Ao novo enfermeiro chefe este médico começou a dizer mentiras sobre a minha pessoa e sobre a minha forma de prestar cuidados, chegando a inventar e acusar-me de erros que não ocorreram. [...] só agora ao fim de oito anos é que tenho finalmente uma colega a trabalhar comigo e que simplesmente só por estar comigo já está rotulada de más influencias. [...] sabia que todos falavam de mim pelos boatos que circulavam, mas ao mesmo tempo não percebia porque é que aquilo me estava a acontecer. [...] Ao fim de 8 anos, apesar de ter sido afastada do seu serviço, os boatos e a tentativas em me prejudicar continuam porque: Fala mal de mim aos colegas novos e que porque não me conhecem fazem juízos de valor errados sobre a minha pessoa e continuam as calúnias dizendo aos enfermeiros do meu antigo serviço que eu dormia durante os turnos da noite e que “chumbava os doentes”. [...] Faz comentários depreciativos aos pacientes sobre mim” (N3)*

*“O período mais complicado para mim foi quando começaram a haver boatos falsos acerca do meu desempenho profissional. De facto, o momento mais difícil foi quando fui vítima de alegações falsas. A má interpretação dos factos, onde se houve algum erro de ética profissional foi médica e não de enfermagem e o facto de eu ter estado presente, porque me limitei a cumprir as funções para as quais sou paga, sem ter conhecimento do que se passava por trás, fez com que a chefia me suspende-se durante cerca de dois meses sem qualquer justificação” (N4)*

Três participantes referiram ter sido sujeitos a isolamento. São exemplo:

*“[...] fui direccionada para um local de trabalho, e proibida de trabalhar em outras áreas como ocorre com os meus colegas. Fico confinada a um espaço, a trabalhar na maior parte do tempo sozinha, sem poder tirar dúvidas, partilhar ideias e conhecimentos com os outros colegas de equipa. Não percebo o porquê de estar proibida de trabalhar com os outros colegas do internamento. Sinto-me isolada dos outros. [...] Para além de me isolarem, de me afastarem de actividades como formação em serviço ou jantares de serviço...” (N4)*

*“a minha chefe comunicou-me que por ordens superiores sairia do internamento e passaria a trabalhar numa sala para dar apoio à ortopedia (duas vezes por semana, turnos de duas horas). [...] Completamente isolado dos outros..., aliás tudo isto foi feito com o seu conhecimento (administradores), e soube mais tarde que eram assim que se livravam de profissionais como eu, pois já não era a primeira vez” (N5)*

Por último, cinco enfermeiros mencionaram, nas suas narrativas, a agressão verbal, como estratégia do agressor. Exemplos:

*“Passa os seus dias a controlar o meu trabalho, a gritar-me” (N4)*

*“por ter chegado 10 minutos atrasada ao meu posto de trabalho onde se encontrava uma colega com o qual já tinha falado para o serviço estar assegurado. Não tive oportunidade de explicar que o carro avariara porque o chefe não permite explicações após uma chamada de atenção. Limitei-me a assistir impunemente ao seu ataque de ira. [...] Vou para o trabalho nervosa e ansiosa porque sei que me persegue e insulta dizendo que está tudo mal. [...] Não posso estar sentada a efectuar registos ou estar na copa a comer que é logo motivo para me atacar e gritar comigo” (N6)*

### 4.3 A ORGANIZAÇÃO

Após estarem caracterizados os elementos vítima e agressor, interessa ao pesquisador conhecer a organização onde as vítimas de assédio estão inseridas por forma a tentar compreender o contexto organizacional do fenómeno. Surgem deste modo as seguintes categorias:

- Cultura da organização
- Clima organizacional
- Comportamento de outros profissionais
- Implicações do assédio

#### 4.3.1 CULTURA DA ORGANIZAÇÃO

Dos relatos proferidos pelos enfermeiros extraíram-se as seguintes subcategorias associadas à categoria cultura da organização:

- Deficiente estrutura hierárquica
- Deficiente comunicação
- Ausência de incentivos motivacionais
- Tipos de liderança:
  - Autocrática
  - *Laissez faire*
- Reduzidas competências dos gestores

A Tabela Síntese 3 mostra-nos as características da cultura organizacional mencionadas pelos participantes nas suas narrativas. Conforme se pode observar, quatro enfermeiros referiram existir na sua instituição uma deficiente estrutura hierárquica. São exemplo:

*“Estou há 3 anos sem enfermeira directora”* (N3)

*“Não temos enfermeiro director para defender e proteger a nossa profissão e o ponto de vista dos enfermeiros”*(N4)

A maioria evidenciou uma deficiente comunicação para com os trabalhadores. São exemplo:

*“Por parte da chefia e dos gestores daquele hospital nunca houve qualquer abertura à comunicação e qualquer apoio para o esclarecimento de dúvidas, ajuda nas dificuldades. [...] por mais que tivesse razão não lhe conseguia responder porque simplesmente isso não lhe era permitido”* (N5)

*“A comunicação é inexistente, quer entre a equipa, quer entre os administradores e os profissionais. Limito-me a cumprir ordens, mesmo discordando. Não me sinto enfermeira, sou uma criada deles [...]. Começo a perceber que este administrador gosta de subserviência, que não se pense e fale/discuta sobre os problemas. Penso que comecei a ter problemas com este meu chefe (administrador) desde o meu início de funções nesta instituição. Sempre fui reivindicativa pelos meus direitos e pelos direitos à qualidade dos cuidados prestados e julgo que é por falar que ele me persegue”* (N6)

Tabela Síntese 3: Caracterização da organização

Categoria	Sub-categoria		N1	N2	N3	N4	N5	N6
Cultura da organização	Deficiente estrutura hierárquica				X	X	X	X
	Deficiente comunicação			X	X	X	X	X
	Ausência de incentivos motivacionais							X
	Tipo de Liderança autocrática				X	X	X	X
	Tipo de liderança: laissez faire		X					
	Reduzidas competências gestores				X	X	X	X
Clima organizacional	Competição		X					
	Servilismo				X			
	Inexistência de trabalho em equipa							X
	Deficiente gestão de conflitos		X					
	Antecedentes de assédio na organização		X	X	X	X	X	X
Comportamento de outros profissionais	Apoio ao agressor			X	X			
	Apoio à vítima		X	X	X	X		
	Passivo				X		X	X
Implicações do assédio	Custos directos	Absentismo	X		X			
	Custos indirectos	Mudanças de chefias		X		X	X	
		Rotatividade	X	X				
		Empobrecimento das relações de trabalho	X		X	X	X	X
		Redução compromisso do trabalhador			X	X		
	Custos intangíveis	Má imagem				X	X	X
		Deficiente prestação de cuidados		X		X	X	X
		Mau ambiente de trabalho	X		X		X	X

Um enfermeiro salienta a ausência de incentivos motivacionais como característica da instituição onde exerce funções:

*“O trato da chefia (enfermeira coordenadora) e dos chefes (administradores) connosco que não nos respeitam enquanto profissionais e enquanto pessoas, não nos valorizam. [...] Desde que vim trabalhar para este hospital que vi os meus objectivos serem-me arrancados "a unhas e dentes". Nada do que previ inicialmente para o meu futuro sei que o posso obter trabalhando nesta instituição porque os gestores já fizeram entender que não querem profissionais e preferem trabalhadores cegos, surdos e mudos. [...] A melhoria profissional é considerada entrave à instituição porque eles já referiram que não lhes interessa enfermeiros com mais formação profissional (com mais capacidades) e por conseguinte, não me foi dada a equivalência de trabalhador-estudante” (N6)*

Também o tipo de liderança faz parte da cultura de uma organização tendo quatro participantes referido existir no seu local de trabalho um tipo de liderança autocrática. Exemplos:

*“Considero-os (...) distantes e até mesmo inacessíveis para com os restantes trabalhadores porque não permitem que o trabalhador exponha o seu ponto de vista e não há comunicação possível porque eles bloqueiam sempre a comunicação, porque se consideram superiores” (N3)*

*“fui chamado para vir reforçar a noite porque o serviço tinha muitos doentes e havia dois doentes que requeriam vigilância apertada. Cerca das 23h passa o gestor no serviço [...] e ao ver-me questionou-me quantos enfermeiros éramos e após a minha justificação ordenou-me abandonar o serviço, aos berros, perante o olhar de desespero do outro colega que ficou sozinho no serviço e eu sem me poder defender ou ter alguém que me defendesse limitei-me a cumprir a sua ordem. Esse turno à semelhança de outros nunca me foi pago” (N5)*

Apenas um enfermeiro mencionou ter no seu serviço um tipo de liderança *laissez faire*:

*“A enfermeira chefe tinha conhecimento de situações com ela e que inclusive já tinha tido mais queixas de colegas na mesma situação. [...] A chefe não é assertiva, tem conhecimento destas situações e não põe um ponto final nelas, apesar de ao mesmo tempo nos ouvir e apoiar emocionalmente ” (N1)*

Por fim, quatro informantes referiram existir na sua instituição gestores com reduzidas competências. São exemplo:

*“Acima de tudo, o grande problema é que apesar de serem gestores, não têm formação na área [...], a gestão dos recursos humanos e dos serviços é um desastre porque não autorizam e não permitem às chefias intermédias fazerem o seu papel. [...] Se inicialmente tudo parecia correr bem, com o passar do tempo apercebi-me que a relação dos gestores com os trabalhadores era má. Considero-os falsos, cínicos, mal educados, distantes e até mesmo inacessíveis [...]. São maus enquanto pessoas.” (N3)*

*“o trato da chefia (enfermeira coordenadora) e dos chefes (administradores) connosco que não nos respeitam enquanto profissionais e enquanto pessoas, não nos valorizam. [...] É ignorado o meu saber e competências, pelos superiores e colegas de trabalho, em áreas de enorme satisfação profissional (várias formações na área de doente crítico e trabalho de campo em pré-hospitalar) dando apenas oportunidade de progredir profissionalmente na carreira e no serviço quem é mais “chegado” ou presta vassalagem à enfermeira chefe ou a um dos administradores, isto é, a quem é mais “chegado” aos chefes” (N6)*

#### 4.3.2 CLIMA ORGANIZACIONAL

Esta categoria surge ainda na sequência da categoria anterior na medida em que o clima de uma organização é o reflexo da cultura organizacional, ou melhor, o reflexo dos efeitos dessa mesma cultura. Surgem deste modo, as seguintes subcategorias:

- Competição
- Servilismo
- Inexistência de trabalho em equipa
- Deficiente gestão de conflitos
- Antecedentes de assédio na organização

A Tabela Síntese 3 mostra-nos que todos os enfermeiros referiram não ter um ambiente de trabalho saudável no seu local de trabalho, tendo um participante o caracterizado como pela existência de uma competição não saudável:

*“A competição na nossa profissão é intensa e que por vezes existem atropelos, mas não sou adepto de para progredir na carreira ser necessário utilizar todos os estratagemas ao alcance, como tenho verificado ultimamente em relação a alguns colegas.” (N1)*

Também dois enfermeiros evidenciaram o servilismo por parte de alguns colegas em relação ao agressor por forma a se sentirem protegidos pelo mesmo:

*“Com o passar do tempo apercebi-me que a relação dos gestores com os trabalhadores era má. [...] existem aqueles colegas que querem progredir na instituição e por isso vale tudo até mesmo aliarem-se àquele homem”* (N3)

*“a relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremendo aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa. [...] não vejo união no grupo de trabalho”* (N6)

Apenas um participante salientou existir uma deficiente capacidade de gestão de conflitos por parte da equipa:

*“Os colegas não tinham capacidade para resolverem as situações de potencial conflito”* (N1)

Todos os participantes deste estudo referiram existir antecedentes de assédio moral na instituição onde exercem funções. São exemplo:

*“Parece haver uma perseguição a alguns enfermeiros que não têm ninguém que os proteja. [...] Não tem este comportamento para com todos os funcionários, mas gosta particularmente de infernizar a vida de alguns, sobretudo os recibos verdes !!! [...] um tipo de liderança como esta onde trabalho actualmente, que humilha e desgasta física e psicologicamente os seus enfermeiros...”* (N4)

*“A relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremendo aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa. [...] e deste modo não vejo união no grupo de trabalho. [...] Consigo perceber que as colegas do sexo feminino e apenas as que estão a recibos verdes são o seu alvo preferido. [...] Estão a dar cabo da minha sanidade mental”* (N6)

#### 4.3.3 COMPORTAMENTO DOS OUTROS PROFISSIONAIS

Inerente a esta categoria, segundo narraram as vítimas de assédio, o comportamento dos outros profissionais dividiram-se nas seguintes subcategorias:

- Apoio ao agressor
- Apoio à vítima
- Passivo

A Tabela Síntese 3 mostra-nos que apenas dois participantes mencionaram que os outros profissionais apoiavam o agressor:

*“Marcava entrevistas com as adjuntas de enfermagem para me ameaçar tendo estas uma posição passiva e de total parceria com a chefia. Apesar de eu tentar pôr um ponto final neste conflito em que me via envolvida e não perceber o porquê da sua existência, não o conseguia. Por outro lado, via nas adjuntas uma total cumplicidade, sem necessitarem de mais nenhuma prova para além da palavra da chefia”* (N2)

*“À excepção de um único administrador, de todos os outros nunca houve apoio, muito pelo contrário, senti silêncio e até mesmo cumplicidade entre eles pelos comportamentos e atitudes que tiveram para comigo. [...] existem aqueles colegas que querem progredir na instituição e por isso vale tudo até mesmo aliarem-se àquele homem.”* (N3)

Já a maioria dos enfermeiros narrou que os outros profissionais o apoiam a si. São exemplo:

*“Tive o apoio incondicional da equipa médica, auxiliares de acção médica e de alguns colegas do serviço”* (N2)

*“Já não estaria neste hospital se não tivesse um administrador que acreditasse em mim e que me deu total apoio e protecção”* (N3)

Por outro lado, metade dos enfermeiros relataram observar um comportamento passivo dos outros profissionais face ao fenómeno. São exemplo:

*“Não senti colaboração e apoio dos meus colegas. Talvez porque tivessem medo de serem despedidos e por outro lado porque há colegas que se aliam a ele só para o agradar, para ficarem bem vistos, para não terem problemas pois vêem o que ele faz a alguns profissionais e não querem que lhes aconteça o mesmo. [...] Toda esta ausência de ajuda me fez sentir mal e pensar que o problema era meu”* (N3)

*“Já falei com a minha enfermeira chefe que não me consegue dar grande apoio, limitando-se a dizer para ter calma (se preciso deste emprego), ou para ir embora”* (N6)

#### 4.3.4 IMPLICAÇÕES DO ASSÉDIO

Esta categoria pretendeu conhecer as consequências do assédio nas instituições de saúde onde os participantes deste estudo trabalham. A análise de conteúdo mostrou que as narrativas se centraram em três subcategorias:

- Custos directos
- Custos indirectos
- Custos intangíveis

Da categoria custos directos emergiu a subcategoria:

- Absentismo

A Tabela Síntese 3 indica que apenas um terço dos enfermeiros faltou ao trabalho:

*“Coloquei atestado por um período de 2 semanas”* (N1)

*“Ao longo dos últimos 5 anos já apresentei várias vezes baixas médicas”* (N3)

Da categoria custos indirectos emergiram as seguintes subcategorias:

- Mudança de chefias
- Rotatividade
- Empobrecimento das relações de trabalho
- Redução do compromisso do trabalhador

Três enfermeiros referiram ter ocorrido mudanças de chefias por causa do assédio. São exemplo:

*“Acabamos por pedir uma transferência colectiva de serviço, tendo no momento como decisão do conselho de administração sendo substituída a chefia”* (N2)

*“As ordens vindas de cima eram para ser cumpridas escrupulosamente porque se não até para a chefe havia sanções (discussões violentas em público onde era completamente*

*descredibilizada e ridicularizada pelo gestor, por mais que tivesse razão não lhe conseguia responder porque simplesmente isso não lhe era permitido). Talvez por isso os enfermeiros chefe do meu serviço estejam sistematicamente a ser substituídos. Fartam-se de tantas humilhações e responsabilidades e ao mesmo tempo pela pouca autoridade que lhes é dada” (N5)*

Apenas um terço dos profissionais mencionou a rotatividade como consequência para a organização:

*“O serviço em questão tem uma taxa de rotatividade grande e acho que uma das razões para existirem tantos enfermeiros a pedir transferência são os comportamentos deste género por parte de outros enfermeiros” (N1)*

*“Pedi transferência emergente de serviço, que foi aceite” (N2)*

Apenas um participante não regista o empobrecimento das relações de trabalho. São exemplo:

*“fui direccionada para um local de trabalho, e proibida de trabalhar em outras áreas como ocorre com os meus colegas. Fico confinada a um espaço, a trabalhar na maior parte do tempo sozinha, sem poder tirar dúvidas, partilhar ideias e conhecimentos com os outros colegas de equipa. Não percebo o porquê de estar proibida de trabalhar com os outros colegas do internamento. Sinto-me isolada dos outros. [...] Para além de me isolarem, de me afastarem de actividades como formação em serviço ou jantares de serviço” (N4)*

*“A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa” (N6)*

Apenas dois enfermeiros fizeram referência a uma redução do compromisso do trabalhador:

*“Em determinado momento deixei de gostar do meu trabalho e ponderei abandonar a instituição” (N3)*

*“Nunca está satisfeito e estas atitudes geram em mim sentimentos de insegurança, ansiedade e ausência de motivação para vir trabalhar” (N4)*

Relativamente à categoria custos intangíveis, foi possível identificar três subcategorias:

- Má imagem
- Deficiente prestação dos cuidados
- Mau ambiente de trabalho

Conforme podemos observar na Tabela Síntese 3, metade dos enfermeiros fez referência à má imagem da instituição. São exemplo:

*“Assisti a vários momentos em que os meus colegas de trabalho foram humilhados e ridicularizados por ele. Gritos e insultos mesmo em frente aos pacientes e sem possibilidade de se defenderem” (N4)*

*Já me senti humilhada e ridicularizada várias vezes pelo administrador que me faz chamadas de atenção perante pacientes na sala de espera. As pessoas presentes [...] ficaram indignadas com a forma que fui tratada tendo referido que ele era "arrogante, mal educado, sem formação, prepotente e rude (N6)*

Quatro enfermeiros descrevem uma deficiente prestação nos cuidados prestados na sua instituição. São exemplo:



*“São exemplos de situações de assédio eu ficar frequentemente a trabalhar sozinho com doentes distribuídos por dois pisos, sendo fácil de entender que se estou num piso com 15 doentes em que a maioria é dependente, humanamente é-me impossível estar no outro andar, estando no meu ponto de vista esses doentes abandonados, mas ao mesmo tempo sob a minha responsabilidade. [...] Limitam-se a executar tarefas, segundo as ordens por vezes absurdas de indivíduos que não sabem o que estão a fazer e cuja única preocupação é facturar” (N5)*

*“Limito-me a cumprir ordens, mesmo discordando. Não me sinto enfermeira, sou uma criada deles. Não tenho autonomia para desempenhar autonomamente as minhas funções, nem tão pouco consigo dar uma ordem às tarefas do meu dia a dia segundo determinada prioridade. Estou sempre condicionada às prioridades que me são impostas, porque as minhas estão constantemente a ser questionadas por esse administrador” (N6)*

Também quatro enfermeiros descreveram como consequência do assédio para a organização a existência de mau ambiente de trabalho. São exemplo:

*“Aquele elemento (enfermeira) tem a capacidade de destruir a estabilidade e o bom ambiente que se poderia viver naquele serviço e que não se vive pois faz isso a alguns elementos” (N1)*

*“apesar de serem gestores, não têm formação na área, são maus enquanto pessoas e por isso a gestão dos recursos humanos e dos serviços é um desastre porque não autorizam e não permitem às chefias intermédias fazerem o seu papel” (N3)*



## **CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



No capítulo anterior, foi apresentada e descrita a informação contida nas narrativas dos informantes. No presente capítulo, discutem-se os resultados obtidos, no sentido de aprofundar a compreensão do assédio moral na enfermagem e dar resposta ao objectivos deste estudo. Para uma melhor interpretação e análise dos resultados, foram elaborados quadros matrizes de resultados relativos à vítima, agressor e organização.

Os resultados deste estudo vêm ao encontro do modelo explicativo proposto por Einarsen (2000). Através dos relatos dos enfermeiros vítimas de assédio, foi possível identificar as causas e a natureza deste fenómeno, respeitando a subjectividade dos profissionais que a perceberam. À semelhança deste modelo, observa-se neste estudo a interacção de diversos factores, nomeadamente ao nível da organização bem como relativos à vítima e ao agressor, quer a nível individual, quer de relação interpessoal.

## **5.1 O ELEMENTO VÍTIMA**

Os resultados da análise permitiram-nos caracterizar as vítimas no que refere ao nível da sua personalidade, das suas características profissionais, da sua relação com a equipa multidisciplinar e da sua reacção ao conflito. Além disso, permitiu-nos conhecer como este fenómeno atinge os profissionais e que recursos foram utilizados para o ultrapassar (Quadro 3).

Ao nível da personalidade, as vítimas apresentam-se como indivíduos calmos (2), extrovertidos (2) ou introvertidos (1). Ao nível das características profissionais, foram encontradas a motivação (3), seguida do dinamismo (2) e, por último, a competência (1). De relevar, contudo, que estas características eram prévias à ocorrência do assédio. As características individuais da vítima, nomeadamente a sua personalidade pode ter um forte impacto na percepção e reacção dos comportamentos do agressor, mas não pode constituir, em si mesma, justificação para o comportamento deste, para além de que não existe um “modelo tipo” de vítima (Einarsen, 2000).

No que se refere à relação com a equipa multidisciplinar, três (3) informantes relataram terem tido uma relação saudável, dois (2) um comportamento de fuga ao conflito e um (1) não ter tido uma relação saudável com a equipa. Esta última situação é justificada pela ausência de um clima saudável na sua empresa.

Relativamente à forma como as vítimas reagiram e enfrentaram as condutas de assédio, encontraram-se diferentes abordagens, que foram variando, todavia, ao longo do processo.

A reacção ao início do processo de assédio é muito variável, desde a negação dos comportamentos do agressor, passando por uma atitude activa de o enfrentar e por uma atitude passiva. Relativamente aos enfermeiros que tiveram um comportamento activo, na tentativa de resolução do conflito, houve a necessidade de verem a verdade e o seu bom nome reposto, não percebendo o motivo de tais agressões. Conclusões semelhantes foram apresentadas nas investigações de A. Yildirim e Yildirim (2007); D. Yildirim (2009), os quais referiram, como estratégias de *coping* mais adoptadas pelas enfermeiras, (i) enfrentar o agressor,

falando pessoalmente com ele; (ii) trabalhar arduamente, de modo ainda mais organizado, e (iii) trabalhar com mais cuidado, no sentido de evitar críticas.

**Quadro 3: Matriz de resultados do elemento vítima**

	Narrativas					
	N1	N2	N3	N4	N5	N6
Idade	44	45	35	27	28	28
Género	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Vínculo	Quadro	Quadro	Quadro	Recibos verdes	Recibos verdes	Recibos verdes
Experiência Prof.	20	22	13	4	4	4
Instituição	Pública	Pública	Privada	Privada	Privada	Privada
Personalidade			Extrovertida	Calma Introversa	Calma	Extrovertida
Profissão		Motivação Dinamismo	Competência		Motivação Dinamismo	Motivação
Relação Equipa	Fuga ao conflito	Fuga ao conflito	Saudável	Saudável	Saudável	Não saudável
Reacção ao Conflito	Negação Activo	Activo	Passivo	Activo Passivo	Activo Passivo	Passivo
Cons. Físicas	Insónias	Insónias	Insónias		Insónias Taquicardia	Insónias
Cons. Psíquicas	Ansiedade Stress Irritabilidade Hiper-vigilância Fadiga	Stress Irritabilidade Tristeza Angústia Revolta	Ansiedade Depressão Medo Insegurança	Ansiedade Stress Revolta Medo Insegurança	Ansiedade Stress Irritabilidade Agressividade	Ansiedade Irritabilidade Fadiga
Cons. Familiares		Mal-estar	Mal-estar Insegurança		Agressividade	
Con. Sócio Económicas			Vergonha Má imagem Redução no vencimento Isolamento		Redução no vencimento	
Conseq. profissionais	Absentismo Insegurança	Transferência Desmotivação / insatisfação laboral	Absentismo Insegurança Transferência Desmotivação / insatisfação laboral Isolamento	Insegurança Desmotivação / insatisfação laboral Isolamento	Demissão Abandono Desmotivação / insatisfação laboral Isolamento	Desmotivação / insatisfação laboral
Recursos Dentro da Instituição	Serviços de saúde ocupacional Superior hierárquico	Superior hierárquico Colegas/pares	Superior hierárquico			Colegas/pares
Recursos Fora da Instituição	Família	Família Sindicato Desporto	Psicólogo Médico			Família

Os enfermeiros com vínculo laboral precário (N4 a N6), em instituições privadas são vítimas de assédio. Estes resultados vêm de encontro às investigações de Godin (2004), onde o assédio parece ser mais frequente nos enfermeiros que trabalhem em regime precário.

Dois dos comportamentos activos das vítimas (N4 e N5) transformaram-se em passivos. A instabilidade profissional provocou, nestes profissionais, um quadro de insegurança e medo, o que os terá levado a deixarem de reagirem activamente, tornando-os, assim, alvos mais fáceis a essas condutas. As conclusões do estudo de Hart e Hazelgrove (2001) reforçam esta ideia, ao salientarem o facto de existirem organizações onde impera a cultura da censura e do silêncio entre os seus enfermeiros, por medo de represálias. Este comportamento vem de encontro ao modelo de Rahim (2002), que descreve o assédio como um conflito de desequilíbrio de poder, onde a submissão representa um mecanismo adoptado pela vítima porque necessita do emprego, para além de existir uma situação de dependência relativamente ao agressor pela posição hierárquica deste (Nield, 1996).

Apenas um (1) enfermeiro teve um comportamento de negação (N1), desvalorizando os ataques. Justifica a sua postura por interpretar os comportamentos do agressor como não perversos, vendo-os, pelo contrário, como construtivos. Para Hirigoyen (1999), o assédio só se tornou possível, porque foi precedido de desvalorização da conduta do agressor. Assim sendo, se este enfermeiro tivesse percebido, inicialmente, o que se estava a passar poderia ter tentado travar o processo. Tal, porém, não aconteceu.

Das seis narrativas analisadas, em duas delas (N4 e N5), os seus autores caracterizaram-se como possuindo uma personalidade calma. Estas vítimas tiveram uma atitude activa, no sentido de resolver o conflito, interpelando o agressor sobre os seus actos. Definem, por outro lado, a sua relação com a equipa como saudável. Todavia, após tentativas falhadas de resolução do conflito, adoptam uma postura passiva. Esta atitude poderá ficar-se a dever-se ao facto de terem com a instituição uma relação laboral de vínculo precário (recibos verdes).

O informante (N1) começou por negar a situação, o que poderá estar relacionado com a sua atitude de fuga ao conflito, na relação com a equipa. Ao evitar o conflito, a vítima terá desvalorizado a ocorrência dos actos perversos.

É possível referir, pela análise da tabela, que os indivíduos caracterizados profissionalmente como motivados e dinâmicos tiveram uma atitude activa na resolução do conflito. O trabalhador (N2) apresentava uma experiência profissional de 22 anos, com vínculo ao sector público e, por isso, uma experiência alargada no que refere a relações profissionais. Como tal, encontrou como solução o pedido de transferência. Já para o informante (N5), jovem, com poucos anos de experiência profissional e a trabalhar numa instituição privada com um vínculo precário, poderão ter contribuído para que a sua experiência de vítima tenha sido tão intensa, a ponto de o levar a demitir-se e inclusivamente a abandonar a profissão.

É possível reconhecer que a situação dos profissionais a trabalhar numa instituição privada (N3 a N6) os levaram a ter um comportamento passivo, face às condutas de assédio, independentemente do seu vínculo à instituição. Já os dois enfermeiros (N1 e N2) que trabalham no serviço público, ambos com alguma idade e uma longa experiência profissional, tiveram um comportamento activo, face às agressões. Consequentemente, (N2) pediu transferência de serviço. No caso de (N1), como se tratava de uma situação de substituição temporária, o problema cessou com o seu regresso ao serviço de origem.

É observável que, dos quatro profissionais a exercer funções numa instituição privada, três deles foram vítimas de isolamento, independentemente do seu vínculo. Poder-se-á pensar que seriam apenas os enfermeiros com vínculo estável a estar mais vulneráveis a este tipo de situações, devido à protecção que o código laboral lhes concede, sendo apenas despedidos numa situação de erro grave (Hirigoyen, 2002). No entanto, é de observar que enfermeiros em regime precário também o foram (N4 e N5). Isto indicará uma atitude perversa do agressor, já que, em vez de libertar-se dos serviços desse enfermeiro, pois não há custos para a empresa, prefere mantê-lo no seu posto de trabalho e exercer sobre ele actos de agressão. O assédio moral não está relacionado com a produtividade mas com questões de poder e prende-se com a dimensão psicológica do agressor em querer controlar e subjugar a vítima (Hirigoyen, 2002).

Todos os enfermeiros demonstraram desmotivação e insatisfação laboral, excepto o informante (N1). A atitude deste profissional poder-se-á dever ao facto de se encontrar num contexto temporário de substituição e tal situação ter servido como factor psicológico de protecção.

Foi possível encontrar nestes enfermeiros, respostas semelhantes às propostas no modelo EVNL (Rusbult et al., 1988) face ao assédio moral, nomeadamente a situação de transferência de serviço (N2 e N3) assim como a situação de demissão e saída da organização (N5).

Do ponto de vista das implicações físicas e psicológicas sobre a vítima, poder-se-á dizer que elas são transversais a todas as depoimentos, independentemente do contexto laboral, familiar e social. Como das narrativas não consta a duração das implicações do assédio, não foi possível determinar se os apoios às vítimas permitiram minimizar as suas consequências. Estas, do ponto de vista físico, manifestaram-se na forma de insónias e taquicardia. Sob o ponto de vista psicológico, caracterizaram-se por ansiedade, irritabilidade, fadiga, medo e insegurança entre outras.

Verifica-se que, a nível familiar, há três enfermeiros (N2, N3 e N5) que afirmam ter sentido consequências decorrentes do assédio. Dois desses enfermeiros abandonaram o serviço onde trabalhavam, um por transferência e outro por demissão. Isto poderá indicar que, enquanto as consequências da agressão se centrarem apenas na vítima, esta é capaz de se sujeitar a uma permanente situação de agressão. Quando esta situação extravasa para o meio familiar, afectando terceiros, ela poderá constituir um factor que activa o processo de resolução do problema.

As dimensões do indivíduo afectadas confirmam os resultados apresentados por outros investigadores portugueses (Carvalho, 2010; João, 2010; Sá, 2008; Saraiva & Pinto, 2011) e vêm provar que o assédio moral em contexto laboral marca definitivamente a vida de um indivíduo, com consequências negativas graves para a sua saúde, bem como para a sua vida profissional, familiar e social.

No que refere aos recursos utilizados, verifica-se que os enfermeiros mais experientes, pertencentes ao quadro da instituição, recorreram ao sindicato, serviço de saúde ocupacional e família. Por outro lado, os enfermeiros mais jovens, a exercerem funções no privado e a trabalhar em regime de recibos verdes apenas recorreram a colegas e à família. Neste caso



observa-se que das três vítimas, duas não fizeram qualquer referência aos recursos, o que poderá indicar não terem tido ou procurado qualquer apoio. Os resultados encontrados vêm confirmar em parte os apresentados por Sá (2008), pois segundo este, “a vítima socorre-se da família, amigos, colegas e raramente ao apoio da instituição” (p. 151). Fontes et al. (2011), citam o trabalho de Ozturk, Sokmen, Yilmaz e Cilingir realizado em 2008, para referir que as vítimas de assédio devem partilhar o seu sofrimento com a família, amigos, colegas, com outras vítimas e devem também procurar ajuda psicológica e solicitar apoio na sua instituição ou no sindicato. De um modo mais global, os resultados de um estudo efectuado por Quine (1999), evidenciam a importância que o apoio no trabalho por parte de outros profissionais pareceu ter, na protecção dos efeitos negativos de assédio nas vítimas.

## 5.2 O ELEMENTO AGRESSOR

Procurou-se analisar o agressor, no que refere aos motivos comportamentais percebidos pela vítima, que o levaram a escolher determinado enfermeiro como alvo das suas condutas. Pretendeu-se, igualmente, conhecer os comportamentos de assédio utilizados pelo agressor (Quadro 4).

**Quadro 4: Matriz de resultados do elemento agressor**

	Narrativas					
	N1	N2	N3	N4	N5	N6
Género do agressor	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino (2)	Masculino
Relação hierárquica	Colega	Superior	Superior	Superior	Superior (2)	Superior
Profissão	Enfermeiro	Enfermeiro	Director do serviço/ administrador	Gestor/ administrador	Gestor e director do serviço	Gestor/ administrador
Instituição	Pública	Pública	Privada	Privada	Privada	Privada
Motivos Comportamentais	Ameaça à auto-estima	Ameaça à auto-estima	Micro político	Micro político	Micro político	Micro político
Comportamentos de Assédio	Humilhações		Humilhações		Humilhações	Humilhações
		Monitorização do trabalho		Monitorização do trabalho		
		Mudança ou retirada de tarefas				
		Intimidação	Intimidação	Intimidação		
				Críticas persistentes		
			Induzir à ocorrência de erros			
					Sobrecarga de trabalho	
			Recusa à comunicação	Recusa à comunicação	Recusa à comunicação	Recusa à comunicação
				Punições	Punições	
			Difusão de rumores	Difusão de rumores		
			Isolamento	Isolamento	Isolamento	
		Agressão Verbal	Agressão Verbal	Agressão Verbal	Agressão Verbal	Agressão Verbal

É possível identificar, nos relatos das vítimas, duas causas para os comportamentos do agressor: (i) o agressor sente-se ameaçado na sua auto-estima (pessoal e/ou profissional) e/ou (ii) trata-se de comportamento resultante da cultura instituída na empresa. Identificaram-se, neste sentido, duas narrativas que se referem à ameaça à auto-estima (N1 e N2), relatados por enfermeiros de instituições públicas, sendo as restantes resultantes de um comportamento micro-político (N3 a N6) relatados por enfermeiros que trabalham no sector privado. Estes resultados coincidem com os apresentados por Zabala (2001), dado que as vítimas de assédio, objecto do seu estudo, justificam as escolhas do agressor segundo as seguintes razões:

- Resistência ao agressor, ao contrário de colegas que não oferecem qualquer resistência;
- Ausência de servilismo ou submissão da parte da vítima;
- Ciúmes do assediador, devido a uma competência laboral;
- Inveja suscitada, devido às habilidades sociais da vítima (simpatia, atitude positiva, apreço e reconhecimento por parte dos outros).

Também no estudo de Zapf et al. (2003), a escolha de determinada vítima está associada a um comportamento micro-político em uso na instituição, por um lado, e a fracas competências sociais do agressor e a condutas associadas à ameaça da sua auto-estima, por outro.

Tal como no estudo de Ball et al. (2006), observa-se a predominância de condutas hostis, quando o agressor é um superior hierárquico (N2 a N6), *versus* agressões desferidas por colegas (N1). Tal situação pode ser justificada, em parte, pela inadequação da pessoa ao cargo de chefia, isto é, o uso e abuso do poder por parte dos superiores hierárquicos. Para Fornés (2001), só existe assédio, porque o agressor utiliza o abuso de poder e a manipulação perversa, podendo estar aqui implícito a existência de um comportamento micro-político.

Sabendo que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por enfermeiras, compreende-se que, quando a agressão é efectuada por colegas ou chefes de enfermagem (N1 e N2), o género do agressor seja feminino. No caso das instituições privadas, haverá uma maior proximidade entre os cargos de gestão/administração de topo, devido à inexistência de cargos intermédios ou hierarquia plana. Estes cargos de topo são predominantemente exercidos por homens na sociedade portuguesa, verificando-se assim que, no caso destas instituições, o agressor seja do género masculino.

Os comportamentos relatados pelos enfermeiros informantes são idênticos aos já relatados por outros autores portugueses (Carvalho, 2010; Sá, 2007), ao descreverem comportamentos de assédio, cujo objectivo consiste em desestabilizar, desacreditar e desprestigiar a vítima. Para Carvalho (2010), o agressor tem uma profunda preocupação em invadir a vida pessoal e laboral dos enfermeiros, sendo evidente o obstáculo à comunicação, a monitorização das tarefas e a preocupação em invadir a vida privada e profissional da vítima.

Pelo relato, é possível deduzir que as condutas de assédio são percepcionáveis pela vítima como actos de desprezo, na forma de humilhação e monitorização do trabalho. Caso o agressor seja um superior hierárquico, é-lhe permitido agravar o acto de agressão de desprezo, com recurso a actos de penalização. Esses actos podem assumir formas como mudança ou

retirada de tarefas, isolamento, punições, críticas persistentes, entre outras, o que vem de encontro a outros estudos (Carvalho, 2010; Fornés et al., 2004; Revuelta & Abuín, 2003).

Verifica-se que o agressor usa, frequentemente, a agressão verbal (N2 a N6) e o seu poder hierárquico, no sentido de impedir a comunicação (N3 a N6) e a possibilidade da vítima se defender.

Em (N3) e (N4), o agressor utiliza um maior número de estratégias para atingir a vítima. O agressor, à medida que diversifica o tipo de comportamentos hostis, tende a aumentar a sua gravidade.

### **5.3 A ORGANIZAÇÃO**

As características de determinada cultura, com reflexo no seu clima organizacional, são factores potenciadores de um contexto favorável à ocorrência de assédio. Os resultados deste estudo vêm confirmar que práticas de gestão pouco claras, ou até perversas como o servilismo ou antecedentes de assédio na organização, representam, de modo implícito, uma autorização para a prática de comportamentos individuais desumanos nas empresas. A ausência de uma regulação interna do ambiente de trabalho, relativamente aos comportamentos e métodos adoptados, origina ou facilita um mecanismo de permissão a estas condutas, em que o poder dos chefes não tem limites, bem como aquilo que exigem dos seus empregados (Hirigoyen, 2002).

No (Quadro 5), apresentam-se, em resumo, os dados extraídos das narrativas. Este ilustra a cultura e o clima organizacional, o comportamento dos outros profissionais face ao fenómeno e os custos para a organização.

Os resultados permitem observar que, nas instituições privadas, há um maior número de factores organizacionais associados à ocorrência do assédio moral, como a estrutura da organização, a comunicação e as competências dos gestores. O sector privado é marcado por uma liderança autocrática. No caso do sector público, a cultura organizacional é expressa por um tipo de liderança passiva (N1) e por uma deficiente comunicação (N2).

A nível do clima organizacional, deparamo-nos com a existência de um clima de assédio moral, anterior aos factos relatados em todas as narrativas. No sector público, observa-se uma deficiente gestão dos conflitos e competitividade (N1). Estudos de investigadores nesta área (Guedes, 2005; Luna, 2003) vêm confirmar os resultados apresentados neste trabalho, relativamente às características do ambiente laboral. Segundo estes autores, um ambiente conflituoso influencia e favorece o desenvolvimento do assédio moral e, tal como refere Guedes (2005), caracteriza-se pelo «culto de relações pouco transparentes, ambíguas, dissimuladas» (p. 75). Também o estudo de Carvalho (2010) conclui que a percepção negativa do ambiente de trabalho influencia os diferentes comportamentos de assédio, em particular o desprestígio laboral e o bloqueio à comunicação. Um ambiente conflituoso, agressivo, conservador e preconceituoso, propicia à prática de condutas pouco éticas, hostis e humilhantes, no contexto laboral dos enfermeiros. Thofehrn et al. (2008) observa, por sua vez,

que o incentivo descontrolado à competitividade, determina condutas de assédio provenientes de colegas ou de superiores hierárquicos.

**Quadro 5: Matriz de resultados da organização**

	Narrativas					
	N1	N2	N3	N4	N5	N6
Instituição	Pública	Pública	Privada	Privada	Privada	Privada
Cultura da organização	Tipo de liderança: <i>laissez faire</i>	Deficiente comunicação	Deficiente estrutura hierárquica Deficiente comunicação Fracas competências gestores	Deficiente estrutura hierárquica Deficiente comunicação Tipo de Liderança autocrática Fracas competências gestores	Deficiente estrutura hierárquica Deficiente comunicação Tipo de Liderança autocrática Fracas competências gestores	Deficiente estrutura hierárquica Deficiente comunicação Ausência de incentivos motivacionais Tipo de Liderança autocrática Fracas competências gestores
Clima organizacional	Deficiente gestão de conflitos Competição Antecedentes de assédio na organização	Antecedentes de assédio na organização	Servilismo Antecedentes de assédio na organização	Antecedentes de assédio na organização	Antecedentes de assédio na organização	Inexistência de trabalho em equipa Antecedentes de assédio na organização
Comportamento face ao fenómeno	Apoio à vítima	Apoio à vítima Apoio ao agressor	Apoio ao agressor Apoio à vítima Passivo	Apoio à vítima	Passivo	Passivo
Custos do assédio	Absentismo Rotatividade Empobrecimento das relações de trabalho Mau ambiente de trabalho	Mudança de chefias Rotatividade Deficiente prestação de cuidados	Absentismo Empobrecimento das relações de trabalho Redução do compromisso do trabalhador Mau ambiente de trabalho	Mudança de chefias Empobrecimento das relações de trabalho Redução do compromisso do trabalhador Má imagem Deficiente prestação de cuidados	Mudança de chefias Empobrecimento das relações de trabalho Má imagem Deficiente prestação de cuidados Mau ambiente de trabalho	Empobrecimento das relações de trabalho Má imagem Deficiente prestação de cuidados Mau ambiente de trabalho

Para Fornés et al. (2004), também os cúmplices passivos devem ser envolvidos e responsabilizados por este conflito. Os relatos das vítimas demonstram volatilidade no que diz respeito ao seu comportamento, face a este fenómeno, durante o seu processo. Esse tipo de comportamento passa por apoiar a vítima, o agressor ou por passividade. O comportamento de apoio ao agressor poderá estar relacionado com a dependência dos outros profissionais deste indivíduo, nomeadamente se se tratar de um superior hierárquico. Por outro lado, o comportamento passivo de alguns colegas poderá apenas indicar a sua vontade ou necessidade em não estar envolvidos no conflito. De acordo com Hirigoyen (1999), os colegas da vítima, por cobardia, egoísmo ou medo, preferem manter-se à margem destes conflitos.

Um ambiente de trabalho não saudável, sob o ponto de vista psicológico, promove a diminuição da produtividade, provoca danos psicológicos nos seus funcionários e conduz a um maior absentismo. Para Sá (2008) o assédio moral constitui “um problema disseminado

em todos os contextos de prestação de cuidados e que pode resultar num clima prejudicial ao bem-estar dos profissionais, acarretar elevados custos para a organização e, inclusive, repercutir-se na qualidade dos cuidados” (p. 82).

Verifica-se a existência de custos directos, indirectos e intangíveis para a organização, como implicações resultantes do assédio. Salienta-se a noção de má imagem, associada à empresa, decorrente da existência deste fenómeno. Como custos directos, é possível referir o absentismo. De entre os custos indirectos salienta-se o empobrecimento das relações de trabalho, a rotatividade e mudança de chefias. A permanente mudança destes profissionais obriga a períodos de integração, formação e quebras de produtividade, aos quais estão associados gastos para a organização.

Dos resultados obtidos foi possível concluir que o assédio moral acontece independentemente das características pessoais ou profissionais da vítima. Já o agressor tem segundo as narrativas como objectivo destabilizar, psicologicamente, o enfermeiro, através de condutas que o agredem pessoal e/ou profissionalmente. Na maioria dos casos, verifica-se ser o agressor um superior hierárquico. Em apenas um relato o agressor é um colega. Quanto maior for o número de estratégias utilizadas pelo agressor, maior é a gravidade das consequências para a vítima, com reflexos na sua saúde física e mental, a nível familiar, profissional e sócio económico. As vítimas com vínculo laboral estável e com maior experiência profissional solicitaram ajuda dentro e/ou fora da instituição, ao contrário dos enfermeiros mais jovens e com vínculo precário. As organizações com práticas de gestão pouco claras favorecem uma cultura potenciadora da ocorrência de assédio moral, tratando-se de um fenómeno com maior expressão nas instituições privadas, onde se destaca um comportamento de natureza micro-político, por parte dos gestores.

Os actos de assédio levam a um empobrecimento das relações humanas (formais e informais) dentro da organização. Consequentemente, a dedicação do trabalhador ao trabalho diminui, comprometendo a qualidade da prestação dos cuidados, quer através do acto individual quer da equipa e de um modo global compromete a imagem da empresa.

## **5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas. É necessário abordá-las, para que os resultados apresentados possam ser correctamente interpretados.

A primeira limitação prende-se com a colheita de dados, ao ser efectuada através de narrativas escritas. Apesar de não se tratar de estratégia recente, na recolha de dados em investigação qualitativa, poder-se à questionar a falta de espontaneidade das respostas dos participantes. No entanto, o investigador considerou ser uma estratégia eficaz, dado permitir ao participante a liberdade e isolamento necessários, que a abordagem do tema requer, sabendo-se estar perante a expressão de vivências tão dolorosas e eventualmente traumatizantes. Não obstante, o facto de o investigador não presenciar nem assistir ao acto da

escrita narrativa, poderá ter levado o participante a não referir aspectos importantes e/ou a não esclarecer outros.

O investigador procurou atenuar estas limitações com a entrega prévia de um documento orientador do relato escrito (Anexo II). O número de participantes não excedeu a saturação dos dados, devendo-se à dificuldade em encontrar enfermeiros que aceitassem participar, como informantes, neste estudo. O medo de a sua experiência ser reconhecida socialmente e, sobretudo, o reviver de uma história traumatizante, fez com que, dos cinquenta pedidos endereçados, apenas seis enfermeiros tivessem aceite participar.

Apesar das limitações anteriormente apresentadas, as conclusões retiradas do estudo, revelam-se pertinentes no processo de conhecimento deste fenómeno no ambiente de trabalho dos enfermeiros portugueses, pois só através desta forma será possível actuar de modo preventivo e ou/curativo nas organizações.

## CONCLUSÕES

O assédio moral surge em ambientes de abuso de poder e processos de afirmação pessoal. Podem, contudo, ser ampliados pelo contexto sócio-económico e pela cultura laboral existente nas organizações. É caracterizado pela insegurança no emprego, pela intensificação do trabalho, pelo aumento da competitividade doente, pela desumanização das relações de trabalho, pela precariedade e pela reorganização dos serviços de saúde, no caso deste estudo. O lucro e o aumento da produtividade são os objectivos primordiais dos gestores, fazendo passar para segundo plano o papel social e humano do trabalho. Desta forma, abrem-se as portas ao aparecimento deste fenómeno, contra e entre os trabalhadores, suas principais vítimas.

Este é um novo risco laboral, de natureza psicossocial, com consequências graves e duradouras, a nível individual, familiar, sócio-económico e organizacional. Prejudica a saúde física e mental do enfermeiro, com consequências e reflexos nefastos no seu desempenho profissional, na sua produtividade e consequente qualidade dos cuidados prestados. Tem implicações negativas no atendimento e satisfação dos pacientes, atingindo também a organização através da sua má imagem pública. Apresenta ainda custos acrescidos com formação e integração de novos profissionais, absentismo e perdas indirectas como é o caso do empobrecimento das relações de trabalho.

Da análise da vítima e agressor, conclui-se que o fenómeno do assédio ocorre independentemente das características individuais da vítima, das relações profissionais, da instituição onde o enfermeiro trabalha ou do seu vínculo com a mesma. A reacção da vítima aos comportamentos do agressor resultam da interacção de vários factores, nomeadamente da percepção individual que o trabalhador tem da agressão, do ambiente laboral em que está inserido e dos apoios que procurou e teve ou não.

Observou-se que os enfermeiros com maior experiência e fazendo parte do quadro da instituição recorreram a um maior número de meios para pedir apoio, verificando-se o contrário nos enfermeiros que trabalham e se encontram numa situação laboral precária.

No que refere ao agressor, houve uma preponderância do tipo de assédio descendente, face às agressões provocadas por colegas. Os motivos dos agressores prenderam-se com questões relacionadas com ameaça à sua auto-estima, por um lado, ou com abuso de poder, num contexto micro-político instituído na organização. O principal objectivo do agressor consiste sempre em desestabilizar e desprestigiar a vítima, atingindo-a quer com comportamentos que a agredem pessoal ou profissionalmente. À medida que o agressor diversifica os comportamentos hostis, a vítima sente um aumento da gravidade das consequências para a sua saúde.

Os factores organizacionais, associados a uma deficiente comunicação, deficiente gestão de conflitos, competitividade, deficiente estrutura hierárquica, liderança autocrática e reduzidas

competências dos gestores, são potenciadores de um clima propício à ocorrência de assédio. Concluiu-se igualmente, que segundo as vítimas deste estudo, no passado de todas estas organizações, também outros funcionários foram vítimas de comportamentos de assédio por parte dos mesmos agressores.

Contudo, o assédio moral não afecta somente a vítima. Afecta também a organização, através dos custos directos, indirectos e intangíveis que acarreta. As entidades patronais e, em particular os seus gestores têm de perceber como são elevados os custos e graves as consequências que o fenómeno tem para a organização, nomeadamente no que refere à perda de recursos humanos, à degradação do ambiente de trabalho, à quebra da produtividade e à apresentação pública de uma má imagem.

É fundamental conhecer o problema e dar-lhe a visibilidade necessária. Todos os elementos deste processo deverão ser envolvidos, sendo urgente abordá-lo na perspectiva da prevenção, detecção e controlo imediato, segundo uma vertente reabilitativa. Trata-se de um fenómeno contemplado na legislação laboral portuguesa e existem ainda políticas internacionais comunitárias que parecem não estar a ser suficientes para fazer face a este flagelo. A sua natureza interpessoal e de difícil identificação, muitas vezes confundida como um conflito entre indivíduos, não permite entender a sua verdadeira dimensão e consequências. Assim sendo, é fundamental que gestores e administradores sejam conhecedores do fenómeno e das suas consequências, pois são eles quem tem o poder e mesmo o dever de actuar. Considera-se fundamental que este grupo profissional seja e esteja sensibilizado para o fenómeno, pois devem proporcionar, no exercício das suas funções, uma cultura e um clima organizacional saudáveis. Desta forma, actividades de formação e divulgação a toda a hierarquia organizacional, em particular aos gestores, será o meio mais eficaz de prevenção deste perigo. A natureza de deterioração gradual da vítima, durante um tempo prolongado, é só possível detectar quando as consequências graves que atingem o indivíduo já estão consumadas, tornando-se impossível ressarcir a vítima dos males que sofreu. Geralmente, como comprovam dois dos relatos analisados, as vítimas são novamente prejudicadas, ao terem de abdicar do seu posto de trabalho. Num dos casos com o pedido de transferência de serviço e noutro com o abandono da profissão.

Este estudo mostra uma linha de pesquisa actual e relevante, que poderá ser utilizada por outros investigadores. Pretende-se continuar o processo de conhecimento e reflexão sobre este fenómeno, valorizando a dimensão da subjectividade enquanto sujeito do enfermeiro. Considera-se pertinente a realização de futuros estudos, no sentido de (i) conhecer a real extensão do problema, entre sectores privado e público, (ii) identificar os factores de risco organizacionais que potenciam a proliferação do assédio moral e (iii) de que forma os trabalhadores e organizações poderão responder ao assédio moral no local de trabalho.

Consciencializarmo-nos da sua existência e da gravidade das suas consequências, permitirá criar práticas que permitam detectar o seu aparecimento, denunciar a sua existência e, acima de tudo, desenvolver formas de actuar, eliminando-o das relações laborais e promovendo uma cultura de respeito e dignidade no local de trabalho.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A. (1992). *Bullying at Work: How to Confront and Overcome It*. London: Virago.
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2002). O Assédio moral no local de trabalho *FACTS*: Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho.
- Almeida, P. P. (2007). Assédio moral no trabalho: Resultados de um estudo. *Revista Dirigir*(98), 42-47.
- Anderson, J. (2001). Report on harassment at the workplace In Committee of Employment and Social Affairs (Ed.), (pp. 1-23).
- Araújo, C. (2007). Sofrimento físico, psíquico e moral no sector do calçado em Portugal: Contributos para uma psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, 3(1), 39-41.
- Araújo, M. S. (2009). *Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho*. (Doutoramento em Psicologia), Universidade do Minho, Braga. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11041/1/Tese.pdf>
- Araújo, M. S., McIntyre, S. E., & McIntyre, T. M. (2004). *Portuguese adaptation of the negative acts questionnaire: Preliminary results*. Artigo apresentado na 4th International Conference on Bullying and Harassment in the Workplace, Bergen, Norway.
- Araújo, M. S., McIntyre, S. E., & McIntyre, T. M. (2008). *Bullying at workplace: Prevalence, individual and organizational consequences*. Artigo apresentado na 6 Conférence internationale sur Le Harcèlement Psychologique/Moral au Travail, Montréal, Canadá. [http://www.bullying2008.uqam.ca/documents/montreal\\_book\\_abstracts.pdf](http://www.bullying2008.uqam.ca/documents/montreal_book_abstracts.pdf)
- Arques, P. (2004). Des droits de la personne au harcèlement et pire Retirado, de <http://www.exmed.org/exmed/har5.html>
- Ball, J., Pike, G., & Bradley, M. (2006). At break point? A survey of the well being and working lives in nurses in 2005. London: Royal College of Nursing.
- Barbosa, R., Labrocini, L. M., Sarquis, L. M. M., & Mantovani, M. d. F. (2011). Violência psicológica em la prática profissional de la enfermera. *Revista da Escola de Enfermagem da UPS*, 45(1). doi: 10.1590/S0080-62342011000100004
- Biscaia, A., Fronteira, I., Ferrinho, P., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., . . . Santos, O. (2001). Violência entre profissionais de saúde no local de trabalho: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia da Horta, Ministério da Saúde.
- Bjorkqvist, K., Osterman, K., & Hiet-Bdck, M. (1994). Aggression Among University Employees. *Agressive Behavior*, 20, 173-184.
- Bodgan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto editora.
- Branco, C. (2008). *Assédio Moral: O Risco Psicossocial em Meio Laboral*. (Especialização em Enfermagem Comunitária), Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.
- Brodsky, C. M. (1976). *The Harassed Worker*. Toronto: DC Health and Company.
- Carvalho, G. D. (2007). Mobbing: Assédio moral em contexto de enfermagem - estudo preliminar. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 43-45.
- Carvalho, G. D. (2010). Mobbing: Assédio Moral em Contexto de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 28-42.
- Castellón, A. M. D. (2011). Violência laboral em enfermeiras: Explicações e estratégias de enfrentamento. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 19(1), 1-8.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2000). *Violence at work* (2ª ed.). Geneva: International Labour Office.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de janeiro: Editora campus.
- Directiva 89/391/CEE, Jornal Oficial das Comunidades Europeias § II (1989).
- Costa, C. C. S., Xavier, C. V., & Brasileiro, M. E. (2010). Acções de enfermagem diante do assédio moral no ambiente de trabalho. *Revista Electrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 1(1), 1-15. Retirado de <http://www.ceen.com/br/revistaelettronica>
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Grupo Almedina.
- Coyne, I., Seigne, E., & Randall, P. (2000). Predicting workplace victims status from personality. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(3), 335-349. doi: 10.1080/135943200417957
- Cunha, M. P., Cardoso, C. C., Cunha, R. C., & Rego, A. (2003). Manual de comportamento organizacional e gestão *Satisfação com o Trabalho* (2ª ed.). Lisboa: Editora RH.

- Dejours, C. (1987). *A loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do trabalho* (Ana Isabel Paraguay & Lúcia Leal Ferreira, Trans. 2ª ed. ed.). São Paulo, Brasil: Cortez/Oboré.
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies. Genève: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International.
- Di Martino, V. (2005). *The Training Manual: Framework Guidelines For Addressing Workplace Violence In The Health Sector*. Geneva: International Labour Office (ILO).
- Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace (pp. 5). Dublin.
- Einarsen, S. (1996). *Bullying and Harassment at Work: Epidemiological and Psychosocial Aspects*. University of Bergen, Bergen.
- Einarsen, S. (1999). The nature and the causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 16-27.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the scandinavian approach. *Agression and violent behavior*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S., & Hoel, H. (2001). *The Negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work*. Artigo apresentado na 10th European Congress on work and Organizational Psychology, Prague.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work: the european tradition *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 3-30). London: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2011). The concept of bullying and harassment at work: the european tradition. Em Stale Einarsen, Helge Hoel, Dieter Zapf & Cary L. Cooper (Eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice* (2ª ed., pp. 3-39). Boca Raton: CRC Press: Taylor & Francis.
- Einarsen, S., Matthiesen, S. B., & Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health and Safety*, 14(6), 563-568.
- Einarsen, S., Matthiesen, S. B., & Skogstad, A. (2007). Organizational Changes: A Precursor of Bullying at work? *International Journal of Organizatin Theory and Behavior*, 10(1), 58-94.
- Einarsen, S., Mikkelsen, E. G., & Matthiesen, S. B. (1999). The psychology of bullying at work: Explaining the detrimental effects on victims Retirado em 30 de Setembro, 2013, de <http://www.eaohp.org/uploads/1/1/0/2/11022736/bop4.pdf>
- Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the worplace and the victimisation of men. *Violence and Victims*, 12(3), 247-263.
- Eriksen, W., & Einarsen, S. (2004). Gender minority as a risk factor of exposure to bullying at work: The case of male assistant nurses. *European journal of work and organizational psychology*, 13(4). doi: 10.1080/13594320444000173
- Eriksen, W., Tambs, K., & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: A prospective cohort study *BMC Public Health* (6). doi: 10.1186/1471-245-6-290
- Ferrinho, P., Antunes, A. R., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I., . . . Santos, O. (2003). Workplace Violence in the Health Sector: Portuguese Case Studies. Genève: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., . . . Santos, O. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*. doi: 10.1186/1478-4491-1-11
- Fidalgo, Á. M., & Piñuel, I. (2004). La escala cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicotherma*, 16(4), 615-624.
- Filho, A. M., & Siqueira, M. V. S. (2008). Assédio moral e gestão de pessoas: Uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas. *Revista de Administração Makckenzie*, 9(5), 11-34.
- Fontes, K. B., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. A. d. B. (2011). Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. *Revista Gaúcha Enferm* 32(4), 815-822.
- Fornés, J. (2001). Mobbing: Maltrato psicológico en el ámbito laboral. *Revista de enfermaria Rol*, 24(11), 20-26.
- Fornés, J. (2002). Mobbing: La violencia psicológica como fuente de estrés laboral. [Reflexiones-ensayos]. *Enfermería Global*(1).
- Fornés, J., Femenia, J. R., & Garcia, C. S. (2004). Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería: Un estudio piloto. *Revista de enfermería ROL*, 27(9), 568-576.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Montreal: Lusodidacta.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho. (2011). Evolução ao longo do tempo: Primeiras conclusões do quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

- Glaser, L., Mathiesen, S. B., Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2007). Do Targets of workplace bullying portray a general victim personality profile? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4), 313-319.
- Godin, I. M. (2004). Bullying, workers' health, and labour instability. *Journal Epidemiol Community Health*(58), 258-259.
- Guedes, M. N. (2005). *Terror Psicológico no Trabalho* (2ª ed.). São Paulo: Editora LTR.
- Hart, E., & Hazelgrove, J. (2001). Understanding the organizational context for adverse events in the health services: the role of cultural censorship. *Quality in Health Care*, 10(4), 257-262.
- Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 102-108.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw Hill.
- Hirigoyen, M.-F. (1999). *Assédio, Coação e Violência no Quotidiano*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Hirigoyen, M.-F. (2002). *O Assédio no Trabalho como Distinguir a Verdade*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Hoel, H., & Cooper, C. (2001). Origins of bullying: Theoretical frameworks for explaining workplace bullying. Em N. Tehrani (Ed.), *Building a culture of respect: Managing bullying at work* (pp. 3-19). London: Taylor & Francis.
- Hoel, H., Rayner, C., & Cooper, C. (1999). Workplace Bullying. Em C. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 195-230). Chichester, UK: Wiley.
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International.
- International Labour Office, & World Health Organization. (1986). Psychosocial factors at work: Recognition and control *Occupational Safety and Health Series* (pp. 88). Geneva: ILO/WHO Committee on Occupational Health.
- Jiménez, B. M., Muñoz, A. R., Hernández, E. G., & Banadero, M. E. M. (2005). Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: Un estudio exploratorio. *Psicothema*, 17(4), 627-632.
- João, A. L. (2009). Mobbing na profissão de enfermagem. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*(10), 193.
- João, A. L. (2010). Mobbing, relações interpessoais e satisfação laboral. *International Journal of Developmental Psychology*(1), 399-406.
- Kwok, R., Law, Y., Li, K., Ng, Y., Cheung, M., Fung, V., . . . Yen, P. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medicine Journal*, 12(1), 6-9.
- Lancman, S., Mangia, E. F., Gonçalves, R. M. d. A., & Jardim, T. A. (2011). Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar. Em Ada Ávila Assunção & Jussara Brito (Eds.), *Trabalhar na Saúde: Experiências Cotidianas e Desafios para a Gestão do Trabalho e do Emprego* (pp. 111-130). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Latimer, J. (2003). *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Porto Alegre: Instituto Piaget.
- Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Geneva: WHO Press, World Health Organization.
- Lewis, D. (1999). Workplace Bullying - interim findings of a study in further and higher education in Wales. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 106-118.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996a). The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- Leymann, H. (1996b). The moobing encyclopedia Retirado, de <http://www.leymann.se/English/frame.html>
- Locke, E. A. (1976). *The Nature and Causes of Job Satisfaction*. Chicago: Rand McNally.
- Luna, M. (2003). *Acoso Psicológico en el Trabajo (Mobbing)*. Madrid: Ediciones GPS Madrid.
- LUSA. (2012). Stress, violência e assédio serão principais factores de absentismo laboral a partir de 2014, *Jornal Público*. Retirado de <http://www.publico.pt/Sociedade/stress-violencia-e-assedio-serao-principais-factores-de-absentismo-laboral-a-partir-de-2014-1534073>
- Macêdo, F. M. F., & Boava, D. L. T. (2007). *O Assédio Moral no Contexto Organizacional*. Artigo apresentado na X SEMEAD: Seminários em Administração FEA-USP, 9 a 10 Agosto, São Paulo.
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método e Pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 393-413.
- Milczarek, M. (2010). Workplace violence and harassment: A european picture. 155. doi: 10.2802/12198
- Muchinsky, P. M. (1994). Satisfacción laboral *Psicología Aplicada al Trabajo: Una Introducción a la Psicología Industrial y Organizacional* (pp. 331-366). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

- Nield, K. (1996). Mobbing and well-being: economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology: Mobbing and Victimization at Work*(5), 239-249.
- Observatório Europeu das Condições de Trabalho. (2005). Quarto inquérito europeu sobre as condições de trabalho: Observatório Europeu das Condições de Trabalho.
- Observatório Europeu dos Riscos. (2009). Novos riscos emergentes para segurança e saúde no trabalho *Perspectivas*: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.
- Observatório Europeu dos Riscos. (2010). Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes. Bilbao: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.
- Overcash, J. A. (2005). Investigação narrativa: uma metodologia viável para a enfermagem clínica. *Servir*, 53(6), 288-295.
- Parent-Thirion, A., Macías, E. F., Hurley, J., & Vermeulen, G. (2007). *Fourth European Work Conditions Survey*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pereira, R. G. (2009). *Mobbing ou Assédio Moral no Trabalho*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Poilpot-Rocaboy, G. (2006). Bullying in the Workplace: A proposed model for understanding the psychological harassment process. *Research and Practice in Human Resource Management*, 14(2), 1-17.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.): Artes Médicas.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey *BMJ*, 318, 228-232.
- Quine, L. (2001). Workplace Bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84.
- Rahim, M. A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235. doi: 10.1108/eb022874
- Randall, P. (1999). *Adult Bullying: Perpetrators and Victims*. London: Routledge.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession: Experience before and throughout the nursing career. [10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x]. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401.
- Rayner, C., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2001). *Workplace bullying: What we know, who is to blame and what can we do?* Manchester, UK: CRC Press.
- Redinha, M. R. G. (2003). Assédio moral ou mobbing no trabalho *Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Raúl Ventura* (pp. 833-847): Coimbra Editora.
- Revisão do código do trabalho, Lei nº 7/2009, Diário da República § 1 (2009).
- Revuelta, J. L. G. d. R., & Abuín, M. J. R. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo: el LIPT-60. *Psiquis*, 24(2), 59-69.
- Revuelta, J. L. G. d. R., & Abuín, M. j. R. (2005). *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El Lipt-60*. Editorial EOS. Madrid. Retirado de <http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/manual-lipt60.pdf>
- Rospenda, K. M., & Richman, J. A. (2004). The factor structure of generalized workplace harassment. *Violence and Victims*, 19, 221-238.
- Rusbult, C. E., Farrell, D., Rogers, G., & Mainous III, A. G. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: An integrative model of responses to declining job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), 599-627. doi: 10.2307/256461
- Sá, L. (2007). O Impacto da violência psicológica no trabalho (assédio moral/mobbing/bullying) na saúde mental dos enfermeiros. Artigo apresentado na 7º Congresso Internacional de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, Porto. [http://cis.engenheiros.pt/2007/comunicacoes/Luis\\_Octavio\\_de\\_Sa.pdf](http://cis.engenheiros.pt/2007/comunicacoes/Luis_Octavio_de_Sa.pdf)
- Sá, L. (2008). *O Assédio Moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros*. Universidade do Porto, Porto.
- Sá, L., & Fleming, M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst portuguese nurses. *Informa HealthCare*, 29(4), 411-426.
- Salin, D. (2001). Prevalence and Forms of Bullying Among Business Professionals: A Comparison of two different Strategies for Measuring Bullying. *The European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 425-441.
- Salin, D. (2006). *Organizational Measures Taken Against Workplace Bullying: The Case of Finnish Municipalities*. Helsinki: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Saraiva, D. M. R. F., & Pinto, A. S. S. (2011). Mobbing em Contexto de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*(5), 83-93.
- Serra, A. V., Ramalheira, C., Moura-Ramos, M., & Homem, T. C. (2005). A escala portuguesa de mobbing. *Psiquiatria Clínica*, 26(3), 189-211.
- Siqueira, M. M. M. (2003). Preposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *RAC, Edição Especial*, 165-184.
- Stevens, S. (2002). Nursing workforce retention: Challenging a bullying culture health affairs. *Health Affairs*(5), 189-193. doi: 10.1377/hlthaff.21.5.189
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª edição ed.). Camarate: Lusociência: Edições técnica e científicas.
- Thofehrn, M. B., Amestoy, S. C., Carvalho, K. K. d., Andrade, F. P., & Milbrath, V. M. (2008). Assédio moral no trabalho de enfermagem. *Cogitare Enferm*, 13(4), 297-601.



- Uva, A. d. S., & Prista, J. (2003). Necessidades e expectativas em saúde e segurança dos técnicos e restantes trabalhadores da saúde. *Saúde & Trabalho*(5), 5-36.
- Vartia, M. A.-L. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying *Scand J Work Environ Health* 27(1), 63-69.
- Verdasca, A. T. M. (2010). *Assédio Moral no Trabalho: Uma Aplicação ao Sector Bancário Português*. (Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações), Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa. Retirado de [http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2220/1/TESE\\_FINAL\\_ANA\\_VERDASCA\\_FORMATADA\\_28\\_Junho.pdf](http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2220/1/TESE_FINAL_ANA_VERDASCA_FORMATADA_28_Junho.pdf)
- Vilas-Boas, M. M. G. (2005). *Assédio Psicológico no Trabalho*. (Doutoramento em Gestão), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa
- Vives, J. F., Femenia, J. R., & García, C. S. (2004). Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería: un estudio piloto. *Revista de enfermería Rol*, 27(9), 568-576.
- Woelfle, C. Y., & McCaffrey, R. (2007). Nurse on urse. *Nursing Forum*, 42(3), 123-131.
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1444-1453. doi: 10.1111/j.1365.2006.01814.x
- Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International nursing review*, 56, 504-511.
- Zabala, I. P. y. (2001). *Mobbing: Cómo Sobrevivir al Acoso Psicológico en el Trabajo*. Maliño, Cantabria, España: Sal Terrae.
- Zapf, D., & Einarsen, S. (2005). Mobbing at work: Escalated conflicts in organization. Em Suzy Fox & Paul E. Spector (Eds.), *Counterproductive Work Behavior: Investigations of Actors and Targets* (pp. 237--270). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2003). Empirical findings of bullying in the workplace Em Stale Einarsen, Helge Hoel, Dieter Zapf & Cary L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 103-126). London: Taylor and Francis.
- Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.
- Zapf, D., & Leymann, H. (1996). Mobbing and Victimization at Work. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 5(2), 161-164.
- Zapf, D., & Wolfgang, J. (1999). Organizational, Work group related and personal causes of moobing/bulying at work. *International Journal of Manpower*, 20(12), 70-85.



## **ANEXOS**





## **ANEXO I - CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Patrícia Sofia Marques, enfermeira, encontro-me a realizar o mestrado em Gestão das Organizações no ramo de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo. O tema do meu trabalho de investigação é “O Assédio Moral na Enfermagem: contributos para a gestão organizacional” e tem por objectivo compreender o fenómeno do assédio moral em enfermagem e analisar os seus elementos constituintes, através das experiências vividas pelos enfermeiros e conhecer de que modo o sofrimento psíquico no trabalho dos enfermeiros, afecta a sua saúde e quais são as repercussões para o trabalhador e para a organização.

É um fenómeno que intervém directamente com a saúde psíquica e o bem estar físico do trabalhador e simultaneamente com a produtividade e os lucros de uma organização, assumindo particular destaque pela precariedade das condições de trabalho e a competitividade do mercado em que vivemos actualmente.

O assédio moral no trabalho, também designado de *mobbing*, caracteriza-se pela adopção de comportamentos hostis e condutas desprovidas de ética desenvolvidas por um superior hierárquico ou por um trabalhador contra colegas, durante um longo período de tempo e visa desmoralizar e destabilizar profissional e emocionalmente a vítima.

Este estudo é confidencial e garante o anonimato de todos os que nele participam voluntariamente como vítimas ou testemunhas, podendo cessar a qualquer momento sem prejuízo ou penalização. Solicita-se ao participante a elaboração de um documento escrito onde seja relatada a sua experiência.

Muito obrigada pela vossa colaboração.

Patrícia Marques

Pelo presente, eu consinto livremente em participar neste estudo. Tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no mesmo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes. Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, narrando a minha experiência.

Local \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A participante,



## **ANEXO II - ORIENTAÇÃO PARA O RELATO**



## ORIENTAÇÃO PARA O RELATO

### UMA EXPERIÊNCIA DE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO

O assédio moral no trabalho está a tornar-se uma prática comum nas empresas devido às novas políticas de gestão organizacional e competitividade do mercado, cujos objectivos primordiais são o lucro e a produtividade, levando cada vez mais à exploração do trabalhador. Caracteriza-se por um conjunto de comportamentos reprováveis (gestos, palavras, atitudes) que pela sua repetição atentam a dignidade, a integridade psíquica e física do trabalhador. Tem também por consequência o degradar do ambiente de trabalho, colocando em perigo o emprego.

Os objectivos deste trabalho de investigação são compreender o fenómeno do assédio moral em enfermagem e analisar os seus elementos constituintes, através das experiências vividas pelos enfermeiros e conhecer de que modo o sofrimento psíquico no trabalho dos enfermeiros, afecta a sua saúde e quais são as repercussões para o trabalhador e para a organização.

Assim, solicita-se ao participante, que se considere vítima de assédio, por um período mínimo de seis meses e com uma regularidade de pelo menos duas vezes por semana, a descrição de tudo o que considere relevante e que se enquadre, entre outros, nos pontos abaixo referidos:

1. **Antecedentes pessoais:** características da personalidade, idade, género, relações interpessoais no trabalho, experiência profissional, antiguidade, vínculo e tipo de instituição;
2. **Antecedentes organizacionais:** relação com trabalhadores, mudanças de chefias, histórias de assédio;
3. **Processo de assédio:** início e fim do assédio, comportamentos, pessoas envolvidas, testemunhas/apoio, comportamento da entidade empregadora;
4. **Consequências pessoais:** físicas, psicológicas, sociais, profissionais e familiares; e,
5. **Consequências organizacionais:** desempenho do profissional e colegas, ambiente de trabalho, absentismo, despedimento.

Este estudo garante o anonimato e a confidencialidade do participante, podendo este em qualquer momento do estudo cessar a sua participação sem prejuízo ou qualquer tipo de penalização.

Muito obrigado pela sua compreensão, colaboração e acima de tudo pela sua ajuda na luta contra o assédio moral no trabalho,

A mestrandia,

Patrícia Sofia da Assunção Marques





### **ANEXO III - QUADRO MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS**



**Quadro 6: Matriz de redução de dados relativos ao elemento vítima**

<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>	<b>Personalidade</b>
Calma		<p>“Considero-me uma pessoa com bom senso e utilizo sempre que posso comportamentos assertivos” (N1)</p> <p>“Sou uma pessoa calma...”(N4)</p> <p>“sempre me considere um indivíduo calmo e pacífico”(N5)</p>
Introvertida		<p>“Sou uma pessoa calma e introvertida”(N4)</p>
Extrovertida		<p>“No que toca à minha personalidade, o que mais me caracterizava era eu ser uma pessoa bem disposta e extrovertida até começar a ser mal tratada no meu próprio local de trabalho”(N3)</p> <p>“Apresento-me de forma divertida, amiga das pessoas, extrovertida, de bom trato com as pessoas e tento transmitir uma certa alegria aos pacientes e família”(N6)</p>
<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>	<b>Profissão</b>
Motivação		<p>“Considero que sempre fui pessoa interessada, motivada para todas as intervenções e actualizações na área de enfermagem, uma vez que a escolha da profissão foi por paixão e vocação pessoal”(N2)</p> <p>“Era um indivíduo bem disposto, dinâmico e motivado”(N5)</p> <p>“Considero-me uma pessoa ambiciosa, com objectivos definidos e vontade de progredir na carreira. Sou bastante trabalhadora, defensora cerrada da profissão e dos colegas de profissão”(N6)</p>
Dinamismo		<p>“Sempre considere que a especialidade de reabilitação teria uma útil aplicabilidade e por isso desenvolvi um projecto profissional para o serviço. [...] desenvolvi formação em contexto de trabalho de forma a que a continuidade de cuidados fosse mais eficaz”(N2)</p> <p>“Era um indivíduo bem disposto, dinâmico e motivado”(N5)</p>
Competência		<p>“Sempre me considere um profissional competente” (N3)</p>
<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>	<b>Relação com a equipa multidisciplinar</b>
Saudável		<p>“Sempre me considere um profissional competente e com uma boa relação com a equipa interdisciplinar. [...] Nunca tinha tido qualquer problema com a minha equipa de trabalho, de ao princípio tudo parecer correr bem e de eu os considerar como que uma família para mim, talvez por ter vindo de fora”(N3)</p> <p>“Sou uma profissional que nunca teve quaisquer problemas na relação com a restante equipa multidisciplinar” (N4)</p> <p>“Existia espírito de entre-ajuda” (N5)</p>
Não saudável		<p>“a relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremenda aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa. [...] não vejo união no grupo de trabalho” (N6)</p>
Fuga ao conflito		<p>“De um modo geral no meu dia a dia raramente entro em colisão com os meus colegas” (N1)</p> <p>“Tento estabelecer boas relações interpessoais, no entanto durante este percurso profissional encontrei pessoas de difícil personalidade e para as quais tentei adoptar uma postura sem conflito. [...] Tento sempre evitar o conflito” (N2)</p>
<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>	<b>Reacção ao conflito</b>
Comportamento activo		<p>“Nessa primeira ocorrência ainda retorqui de uma forma assertiva. [...] Nesse primeiro embate pensei que tinha resolvido o problema, visto não ter tido resposta à minha argumentação” (N1)</p> <p>“Marcava entrevistas com as adjuntas de enfermagem para me ameaçar tendo estas uma posição passiva e de total parceria com a chefia. Apesar de eu tentar pôr um ponto final neste conflito em que me via envolvida e não perceber o porquê da sua existência, não o conseguia. Por outro lado, via nas adjuntas uma total cumplicidade, sem necessitarem de mais nenhuma prova para além da palavra da chefia” (N2)</p> <p>“Provavelmente nunca voltaria ao trabalho se não tivesse lutado por me defender, por ver esclarecidos os factos, e limpar o meu nome, mesmo que para isso tivesse que “ameaçar” colocar a situação num advogado” (N4)</p> <p>“tentei justificar dizendo-lhe que não importava a quantidade dos doentes mas sim a qualidade dos mesmos e naquele momento existia um doente que necessitava de mais cuidados. Enchi-me de coragem e disse-lhe que só o enfermeiro é que conseguia fazer uma avaliação das necessidades dos doentes e por isso justificava-se aquele número de elementos ao serviço” (N5)</p>

<b>Comportamento passivo</b>	<p>“Ao fim de 3 anos o que acabou por acontecer foi terem-me mudado de posto de trabalho” (N3)</p> <p>“Como trabalho por recibos verdes, se não trabalho não sou remunerada e portanto apesar de não me sentir realizada profissionalmente, e estarmos neste momento num período de crise económica tenho aguentado todas estas situações. [...] Se me fosse permitido escolher, sairia para outro hospital onde me respeitassem, mas infelizmente não posso. [...] Por necessidade, conformo-me com a forma como sou tratada, porque à mínima situação fico sem trabalho. Mas conformar-me não significa que aceite. Revolto-me com o que vejo e ouço, a forma ilegal com que tratam funcionários e falsos recibos verdes” (N4)</p> <p>“Não podia dizer nada porque era recibo verde. Para além disso, não conseguia arranjar emprego em mais lado nenhum e por isso aceitei passivamente o que me fizeram” (N5)</p> <p>“Porque estamos num período economicamente difícil, sabem que preciso deste emprego e acho que abusam por esse motivo” (N6)</p>
<b>Comportamento de negação</b>	<p>“De início tudo parecia correr dentro da normalidade até que surgiram as primeiras “chamadas de atenção” por parte de uma enfermeira que de início interpretei como construtivas. [...] Achei que era impressão minha, que não estava a acontecer e até que a colega não estaria a fazer por mal. Olhando para trás, sempre arranji desculpas e só quando comecei a ter repercussões físicas é que olhei para toda a situação que me estava a acontecer de outra forma” (N1)</p>
<b>Subcategoria</b>	<b>Consequências do assédio</b>
Nível físico: insónias	<p>“As insónias apareceram” (N1)</p> <p>“Perturbações do sono” (N2)</p> <p>“As consequências que toda esta situação teve para mim foram muitas e ainda hoje há sequelas delas. Foram sobretudo: insónias, ...” (N3)</p> <p>“comecei a ter insónias porque não parava de pensar no trabalho e na possibilidade de ocorrerem situações que não pudesse controlar. [...] Não dormia e tinha pesadelos” (N5)</p> <p>“Comecei a ter insónias porque estes problemas do trabalho não me saem da cabeça” (N6)</p>
Nível físico: taquicardia	<p>“Só de saber que ia fazer noite naquelas condições começava a ficar [...] e com taquicardia” (N5)</p>
Nível psíquico: ansiedade	<p>“Andava muito ansioso. [...] A minha postura passou a ser de alerta em qualquer situação e trabalhar nesta tensão é muito desgastante não só física como psicologicamente” (N1)</p> <p>“As consequências que toda esta situação teve para mim foram muitas e ainda hoje há sequelas delas. Foram sobretudo: ansiedade, [...]” (N3)</p> <p>“Nunca está satisfeito e estas atitudes geram em mim [...] ansiedade. [...] Trabalhar a imaginar que a qualquer momento estas situações me podem acontecer, assusta-me muito e deixa-me ansiosa” (N4)</p> <p>“Esta era uma situação para mim insuportável e inaceitável, geradora de [...] ansiedade e começou a tornar a minha vida num pesadelo” (N5)</p> <p>Vou para o trabalho nervosa e ansiosa porque sei que me persegue e insulta dizendo que está tudo mal (N6)</p>
Nível psíquico: stress	<p>Esta situação estava a desgastar-me psicologicamente. [...] Desgaste físico e emocional” (N2)</p> <p>“O desgaste psicológico foi maior pela pressão psicológica do que propriamente pela integração ou a parte física exigida” (N1)</p> <p>“Trabalhar sob stress e medo constante é terrível [...]” (N4)</p> <p>“Esta era uma situação para mim insuportável e inaceitável, geradora de muito stress e ansiedade e começou a tornar a minha vida num pesadelo”(N5)</p>
Nível psíquico: depressão	<p>“Depressão: estou medicada” (N3)</p>
Nível psíquico: irritabilidade	<p>“Aquele requinte de malvadez começou a atingir-me ao ponto de me deixarem [...] nervoso quando ia trabalhar”. [...] Entrei num estado de irritabilidade [...] quando estava no serviço” (N1)</p> <p>Fiquei mais sensível por mais esforços que fizesse para me manter mais calma” (N2)</p> <p>“Só de saber que ia fazer noite naquelas condições começava a ficar irritado. [...] andava irritado[...]” (N5)</p> <p>Vou para o trabalho nervosa e ansiosa porque sei que me persegue e insulta dizendo que está tudo mal (N6)</p>
Nível psíquico: agressividade	<p>“Com o passar do tempo tornei-me até mesmo agressivo no trabalho com os meus colegas e em casa” (N5)</p>
Nível psíquico: tristeza	<p>“Sentia uma grande tristeza” (N2)</p>
Nível psíquico: angústia	<p>“Desgaste físico e emocional intenso, sentia-me angustiada” (N2)</p>
Nível psíquico: revolta	<p>“Sensação de revolta e injustiça” (N2)</p> <p>“Posso trabalhar com medo, com revolta, desmotivada, mas o consolo, é fazer o que gosto” (N4)</p>

Nível psíquico: insegurança	<p>“Complexos de inferioridade a nível profissional e pessoal: fez-me pensar e ter a sensação que não presto. [...] As consequências que toda esta situação teve para mim foram muitas e ainda hoje há sequelas delas. Foram sobretudo: medo, [...]” (N3)</p> <p>“Isto faz com que o medo e a insegurança sejam os sentimentos do dia a dia. [...] Estou sempre com medo em tudo o que faço. Existe da minha parte medo pela perseguição que aquele administrador faz ao meu trabalho. Sem perceber o porquê, sinto que a minha presença não lhe agrada” (N4)</p>
Nível psíquico: fadiga	<p>Não era fácil estar permanentemente a ouvir chamadinhas de atenção e elas foram tornando-se na minha cabeça como que falhas gravíssimas. Se aparentemente pareciam não ter qualquer importância, por não terem significado nenhum [...], aquele requinte de malvadez começou a atingir-me” (N1)</p> <p>“Sinto-me cansada, não fisicamente, mas psicologicamente pela pressão a que estou sujeita no meu dia a dia” (N6)</p>
Nível familiar: mal estar	<p>“Também na vertente familiar se verificaram mudanças pelo fato de andar sobre toda esta pressão” (N2)</p> <p>“Sinto que nunca mais fui a mesma. Após 8 anos, parece que continuo zangada com a vida, magoada com a instituição mas ao mesmo tempo e só recentemente, quando a minha vida familiar “estremeceu”- com o risco de um divórcio, procurei ajuda” (N3)</p>
Nível familiar: agressividade	“respondia agressivamente à minha família. [...] “Com o passar do tempo tornei-me até mesmo agressivo no trabalho com os meus colegas e em casa” (N5)
Nível familiar: insegurança	“Tornei-me desconfiada não só no trabalho mas também em casa” (N3)
Nível socio económico: vergonha	“Quando ia trabalhar sentia vergonha porque sabia que todos falavam de mim pelos boatos que circulavam, mas ao mesmo tempo não percebia porque é que aquilo me estava a acontecer” (N3)
Nível socio económico: má imagem	“Esta situação passou para fora do hospital. Vivemos numa terra pequena onde todos se conhecem e por minha infelicidade até fora tentou denegrir a minha imagem enquanto profissional, mais uma vez com boatos falsos” (N3)
Nível socio económico: redução no vencimento	<p>“Tive uma redução acentuada no meu vencimento porque me colocaram de horário fixo, com todas as consequências que isso acarreta porque sou casada e com filhas” (N3)</p> <p>“Vi o meu horário reduzido de 40 horas semanais para 4 horas semanais. Para além de financeiramente me terem complicado a vida [...]” (N5)</p>
Nível socio económico: isolamento	“Socialmente isolei-me de tudo e todos. Na instituição a determinado momento só falava com três pessoas” (N3)
Nível profissional: absentismo	<p>“Coloquei atestado por um período de 2 semanas” (N1)</p> <p>“Ao longo dos últimos 5 anos já apresentei várias vezes baixas médicas” (N3)</p>
Nível profissional: insegurança	<p>“[...] o sentimento de que tinha perdido qualidades e capacidades surgiram, e comecei a pensar que já não era capaz de exercer as minhas funções como os colegas mais jovens. [...] “Precisava de me integrar o mais rapidamente possível para poder controlar alguma falha minha. “Parecia estar ser vítima de mim próprio”, porque queria ter tudo sob controlo para não falhar e não percebi de imediato que uma colega quisesse estar a destruir-me só pelo simples prazer de o fazer porque nunca tínhamos tido qualquer conflito, simplesmente eu era um elemento novo na equipa. [...] A única forma de poder ultrapassar o problema era tentar integrar-me o mais rapidamente possível” (N1)</p> <p>“Complexos de inferioridade a nível profissional e pessoal: fez-me pensar e ter a sensação que não presto. [...] Tornei-me desconfiada não só no trabalho” (N3)</p> <p>“Nunca está satisfeito e estas atitudes geram em mim sentimentos de insegurança [...]. Estou sempre com medo em tudo o que faço e começo a sentir agora insegurança na execução das minhas tarefas quando tenho a perfeita consciência de que estou a trabalhar de forma correcta” (N4)</p>
Nível profissional: transferência de serviço	<p>“Pedi transferência urgente de serviço, que foi aceite, de forma a não perder a minha sanidade mental. [...] não sobrava outra alternativa senão pressionar ao máximo a minha mobilidade de serviço e esquecer este episódio infeliz da minha vida” (N2)</p> <p>“Actualmente estou a trabalhar num serviço onde me tornei polivalente pela diversidade de experiências que esse mesmo serviço me proporciona e acima de tudo tenho reaprendido a gostar da minha profissão porque tive momentos em que me parecia que a minha única solução era abandonar a instituição” (N3)</p>
Nível profissional: demissão	“ ‘ vamos cansá-lo’ e ele há-de rebentar e sair! Jurei-lhe que não e que nunca lhe daria esse gosto, mas efectivamente não aguentei. Estive lá ainda cerca de um ano naquela situação, mas começou a ser penoso para mim ir trabalhar. [...] soube-o tarde demais, quando ao fim de um ano não aguentei e me vim embora. Não havia necessidade de me destruir psicologicamente. [...] Sempre me custou aceitar esta situação e agora que olho para trás custa-me acreditar como consegui trabalhar naquelas condições desumanas que me estavam a destruir” (N5)
Nível profissional: abandono da profissão	“Este período da minha vida foi muito negativo e trouxe mudanças radicais. Não mais voltei a exercer a profissão de enfermagem e trabalho noutro ramo que nada tem a ver

	<p>com a profissão para a qual estudei. Refiz a minha vida. Ser enfermeiro em Portugal está difícil porque há falta de emprego, mas não há necessidade de se ser humilhado e rebaixado ao ponto a que eu fui. Fico triste e até desiludido comigo por não estar a exercer enfermagem mas a minha saúde está em primeiro lugar. Percebi que não me adianta ter um curso, ser jovem e força para trabalhar se da outra parte não houver respeito!!!!” (N5)</p>
Nível profissional: insatisfação laboral/desmotivação	<p>“A partir daqui, para além da equipa não ter participado na implementação e manutenção do tratamento dos doentes, surgindo situações de úlceras de pressão, usou todos os pretextos possíveis mesmo que absurdos para escrever só no meu processo individual incidentes críticos...” (N2)</p> <p>“Em determinado momento deixei de gostar do meu trabalho e ponderei abandonar a instituição e a cidade onde vivo. Apesar de ter sido afastada do serviço, tenho tentado reaprender a sobreviver nesta selva que é este hospital. [...] Sinto que nunca mais fui a mesma. Após 8 anos, parece que continuo zangada com a vida, magoada com a instituição” (N3)</p> <p>“Sinto-me isolada dos outros e mal aproveitada sob ponto de vista profissional. Tenho muitas mais capacidades e não as posso mostrar, situação que me deixa triste e desiludida com a instituição onde trabalho. [...] Somos literalmente “empregados” e meros executores daquela administração e seus gestores. [...] Nunca está satisfeito e estas atitudes geram em mim... ausência de motivação para vir trabalhar. [...] apesar de não me sentir realizada profissionalmente, [...] tenho aguentado todas estas situações. [...] Desde que isto me aconteceu, sinto que em parte mudei no meu modo de estar pois sempre que trabalhei numa instituição “vesti a camisola”, mas com um tipo de liderança como esta [...] é difícil ” (N4)</p> <p>“Com o passar do tempo tornei-me desinteressado, desmotivado...” (N5)</p> <p>“A enfermagem não pode ser considerada uma classe, porque o trabalho executado não é realizado mediante a autonomia de cada enfermeiro, o objectivo não é o bem-estar do paciente (manter ou melhorar as suas limitações/problemas de saúde), é sim o que o paciente quer que a instituição seja para ele (ex: quer que o enfermeiro execute tarefas que o próprio paciente pode fazer) ou o que o médico quer que o enfermeiro faça (ex: tudo o que o enfermeiro possa vir a realizar para o bem do paciente tem que ser comunicado ao clínico para saber se ele concorda: colocar oxigénio, prestar cuidados de higiene, levantar, alimentação. [...] É ignorado o meu saber e competências, pelos superiores e colegas de trabalho, em áreas de enorme satisfação profissional (várias formações na área de doente crítico e trabalho de campo em pré-hospitalar) dando apenas oportunidade de progredir profissionalmente na carreira e no serviço quem é mais “chegado” ou presta vassalagem à enfermeira chefe ou a um dos administradores”, isto é, a quem é mais “chegado” aos chefes. [...] Ao fim de três anos nesta instituição sinto-me desmotivada no exercício da profissão e começo a ficar sem forças para lutar. Por isso, estou agora a procurar outras alternativas na minha área, mas está muito difícil. [...] Não tenho autonomia para desempenhar autonomamente as minhas funções, nem tão pouco consigo dar uma ordem às tarefas do meu dia a dia segundo determinada prioridade. Estou sempre condicionada às prioridades que me são impostas, porque as minhas estão constantemente a ser questionadas por esse administrador. É muito duro trabalhar nestes moldes” (N6)</p>
Nível profissional: produtividade reduzida	<p>“Sinto-me [...] mal aproveitada sob ponto de vista profissional. Tenho muitas mais capacidades e não as posso mostrar” (N4)</p> <p>“senti-me esvaziado de funções. Limitava-me a levantar pensos para o doutor observar e desinfetar suturas. Apenas quatro horas por semana e o resto do tempo em casa a pensar o porquê de isto me estar a acontecer” (N5)</p>
Nível profissional: isolamento	<p>“Começou também a fazer pressão para me mudar de serviço e fez várias tentativas para que a administração me despedisse. Ao fim de 3 anos o que acabou por acontecer foi terem-me mudado de posto de trabalho e só agora ao fim de oito anos é que tenho finalmente uma colega a trabalhar comigo. [...] ter sido transferida de serviço contra a minha vontade e sem qualquer justificação e por ordem deste administrador, para uma sala onde não havia trabalho e estava sozinha. Esta situação arrastou-se durante o período de um ano. Para além disso, fui proibida de ir ao meu anterior serviço para o que quer que fosse e durante o horário de trabalho estava proibida de sair dessa respectiva sala. Fui completamente isolada de todos” (N3)</p> <p>“fui direccionada para um local de trabalho, e proibida de trabalhar em outras áreas como ocorre com os meus colegas. Fico confinada a um espaço, a trabalhar na maior parte do tempo sozinha, sem poder tirar dúvidas, partilhar ideias e conhecimentos com os outros colegas de equipa. Não percebo o porquê de estar proibida de trabalhar com os outros colegas do internamento. Sinto-me isolada dos outros” (N4)</p> <p>“a minha chefe comunicou-me que por ordens superiores sairia do internamento e passaria a trabalhar numa sala para dar apoio à ortopedia (duas vezes por semana, turnos de duas horas). [...] Completamente isolado dos outros..., aliás tudo isto foi feito com o seu conhecimento (administradores), e soube mais tarde que eram assim que se</p>

	livravam de profissionais como eu, pois já não era a primeira vez” (N5)
<b>Categoria</b>	<b>Recursos utilizados</b>
<b>Subcategoria</b>	
Dentro da organização: Serviço de saúde ocupacional	“Pedi ajuda no serviço de saúde ocupacional porque andava muito ansioso e precisava de descansar, mas não tive coragem de dizer o verdadeiro motivo da minha ansiedade” (N1)
Dentro da organização: superior hierárquico	“Fui ter com a enfermeira chefe e contei-lhe as situações sucedidas” (N1) “Marquei entrevista com enfermeira directora e pedi transferência emergente de serviço, que foi aceite” (N2) “Já não estaria neste hospital se não tivesse um administrador que acreditasse em mim e que me deu total apoio e protecção” (N3)
Dentro da organização: colegas/pares	“Tive o apoio incondicional da equipa médica, auxiliares de acção médica e de alguns colegas do serviço” (N2) “na instituição apenas desabafos com duas ou três colegas que vivem situações semelhantes à minha” (N6)
Fora da organização: família	“Para aguentar a pressão tive que partilhar com a minha companheira as situações sucedidas e tentar aliviar o stress levando o problema para fora do trabalho. [...] Foi em casa com a família que senti o maior apoio para ultrapassar este período” (N1) “Sentia uma grande tristeza, mas com a ajuda da família [...] consegui manter o meu equilíbrio mental” (N2) “Tenho o apoio do meu marido” (N6)
Fora da organização: psicólogo	“Tem sido uma fase difícil. Porque já não aguentava mais procurei ajuda com uma psicóloga” (N3)
Fora da organização: médico	“procurei ajuda e depois de quase um ano de ajuda médica e psicológica tenho um sentimento estranho de orgulho por apesar de ter ido “bem ao fundo” e ainda cá estar” (N3)
Fora da organização: sindicato	“Face a este panorama consultei o advogado do sindicato”. [...] Este problema tornou-se de tal ordem difícil de resolver com envolvimento de tribunal ...” (N2)
Fora da organização: desporto	“Com a ajuda da família e do desporto consegui manter o meu equilíbrio mental” (N2)

**Quadro 7: Matriz de redução de dados relativos ao elemento agressor**

<b>Categoria</b>	<b>Motivos Comportamentais</b>
<b>Subcategoria</b>	
Ameaça à auto-estima	“A enfermeira sabia todas as rotinas do serviço, trabalha na unidade há 12 anos e sabia todos os procedimentos em que os elementos que estão há pouco tempo no serviço são passíveis de cometer falhas. [...] não percebi de imediato que uma colega me quisesse estar a destruir..., simplesmente porque eu era um elemento novo na equipa” (N1) “Da parte da chefia, inicialmente parecia ter havido uma boa receptividade mas com a continuidade no tempo comecei a notar que a mesma em vez de estimular a equipa a manter o dinamismo necessário, começou a levar elementos para o gabinete para efectuar trabalho burocrático e administrativo de forma a que todos os documentos que ela necessitava de apresentar chegassem atempadamente, sendo a visibilidade da chefia no exterior exemplar em detrimento dos cuidados prestados pela equipa ao doente” (N2)
Comportamento micro político	“Desde que o hospital abriu, a cada dois anos o enfermeiro chefe ou se demite por não concordar com o que ali se passa, não aguentar a pressão vinda de ‘cima’ (dos gestores), ou é demitido por não executar as suas ordens e até mesmo são convidados a sair sem perceberem ou receberem uma justificação. Ali ninguém tem o seu lugar seguro e rapidamente se passa de bestial a besta.” (N3) “Somos literalmente “empregados” e meros executores daquela administração e seus gestores. [...] sempre que trabalhei numa instituição vesti a camisola, mas com um tipo de liderança como esta onde trabalho actualmente, que humilha e desgasta física e psicologicamente os seus enfermeiros...” (N4) “Naquele hospital os enfermeiros não são valorizados enquanto profissionais e sobretudo não são respeitados enquanto pessoas. Limitam-se a executar tarefas, segundo as ordens por vezes absurdas de indivíduos que não sabem o que estão a fazer e cuja única preocupação é facturar. [...] Com o passar do tempo apercebi-me que a administração e particularmente aquele director arrasou com as chefias de enfermagem e era ele que detinha o poder sobre os enfermeiros, onde todos os direitos são negados e parecia só haver obrigações com castigos se não fossem cumpridos” (N5) “Há sempre um constante culpabilizar de um colega por erros que não é ele que comete. Há um estranho prazer por parte dos restantes colegas e chefes em haver sempre um alvo a abater. Parece que toda a equipa se une para isolar e afastar alguém do serviço, apesar de explicitamente nunca ter ouvido conversas entre eles com tais intenções. Ao

	longo destes 4 anos já vi alguns colegas serem alvo destas situações e saírem do hospital por já não aguentarem ser maltratados. [...] Na instituição onde trabalho, vive-se a cultura da intimidação e da ameaça por parte do administrador, muitas vezes sem perceber verdadeiramente o motivo dos ataques de ira e das ameaças de despedimento” (N6)
<b>Categoria</b>	<b>Comportamentos de assédio</b>
<b>Subcategoria</b>	
Monitorização do trabalho	<p>“Foram meses em que me senti completamente controlado em tudo o que fazia. Ela tinha um comportamento dominador, controlador” [...] Apercebi-me claramente que estava a sofrer pressão por parte da minha colega. O facto de ter bastantes anos de experiência ainda me dava alguma margem de manobra para aguentar a pressão, mas esta começava a aumentar e já estava a sair do meu controlo emocional (N1)</p> <p>“Observava-me persistentemente na perspectiva de detectar algum erro que servisse para me pressionar com mais incidentes escritos. O ambiente de trabalho tornou-se insuportável nos dias em que a chefia estava presente” (N2)</p> <p>“Sei que o meu trabalho está a ser controlado a cada minuto que passa, não pela minha chefe mas pelo administrador/gestor. Trabalho sob stress, não pelo excesso de trabalho (que tem os seus dias) mas pela pressão da chefia (administrador/gestor) a que estou sujeita. [...] Sinto-me pressionada, sei que o meu trabalho está a ser controlado a cada minuto que passa, não pela minha chefe mas pelo administrador/gestor que não tem formação na minha área e que passa os seus dias a controlar o meu trabalho” (N4)</p> <p>“ser por parte do director constantemente vigiado e controlado nas minhas actividades” (N5)</p> <p>“Sinto-me cansada, não fisicamente, mas psicologicamente pela pressão e controlo a que estou sujeita no meu dia a dia” (N6)</p>
Mudança ou retirada de tarefas	<p>“Da parte da chefia ,inicialmente parecia ter havido uma boa receptividade mas com a continuidade no tempo comecei a notar que a mesma em vez de estimular a equipa para manter o dinamismo e articulação necessária, começou a levar elementos para o gabinete para efectuar trabalho burocrático e administrativo [...] em detrimento dos cuidados prestados pela equipa ao doente. A partir daqui, para além da equipa não ter desenvolvimento no tratamento dos doentes existindo situações de aparecimento de úlceras de pressão...” (N2)</p> <p>“ter sido transferida de serviço contra a minha vontade e sem qualquer justificação e por ordem deste administrador, para uma sala onde não havia trabalho. [...] Apesar de distante de mim, ainda hoje sempre que pode tenta prejudicar-me porque encaminha os seus doentes do consultório para outros enfermeiros e não para mim, quando sou eu a responsável por essas actividades, pois sou eu que estou escalada para dar esse apoio” (N3)</p>
Críticas persistentes	<p>“A colega em questão começou a perceber que a minha forma de estar se tinha modificado, mas tentava na mesma interferir com o meu trabalho, criticando-o, sempre que podia. [...] Não era fácil estar permanentemente a ouvir chamadinhas de atenção e elas foram tornando-se na minha cabeça como que falhas gravíssimas...” (N1)</p> <p>“Limita-se a criticar..., mesmo quando essa situação nada tem a ver com o enfermeiro. Parece haver uma perseguição a alguns enfermeiros que não têm ninguém que os proteja ” (N4)</p>
Humilhações	<p>“Aqueles chamadas de atenção não tinham qualquer fundamento mas ela sabia-as fazer tão bem e sobretudo na presença de outros para me rebaixar ainda mais”. [...] Fiquei sem reacção a pensar no que ela me tinha feito. Este gesto da parte dela foi feito mais uma vez ao pé de outros colegas e auxiliares” (N1)</p> <p>“Sublinhava a vermelho os meus registos de enfermagem; Rebaixar-me à frente dos doentes, dizendo que ele era o patrão; Ridicularizar-me à frente dos doentes. [...] Fui vítima de xenofobia por não ser portuguesa, inferiorizando-me enquanto pessoa aos outros colegas” (N3)</p> <p>“A resposta que obtive foi a de que ele não era enfermeiro mas também para executar essas funções não era necessário grande inteligência e que era uma questão de se saber fazer contas: 2 enfermeiros para 6 doentes dava três a cada um e isso era muita gente a roçar-se pelos corredores. Mandou o outro colega embora. [...] como se o enfermeiro não soubesse gerir os seus cuidados de enfermagem, soubesse estabelecer prioridades nas suas actividades ,não pudesse ir ao WC, alimentar-se ou simplesmente sentar-se para efectuar registos de enfermagem. O ser apanhado num destes momentos era o suficiente para humilhações, insultos. [...] fazia questão de me rebaixar em frente dos doentes mostrando a sua superioridade e tratando como um seu empregado obrigando-me a executar tarefas que claramente não eram da minha função” (N5)</p> <p>“Já me senti humilhada e ridicularizada várias vezes pelo administrador que me faz chamadas de atenção perante pacientes na sala de espera. Fala sempre em tom de voz austero, com dedo apontado ao meu nariz” (N6)</p>
Intimidação	<p>“Usou todos os pretextos possíveis mesmo que absurdos para escrever só no meu processo individual incidentes críticos para que eu me sentisse intimidada. Senti claramente que estava a prejudicar o meu trabalho. [...] Utilizava situações ridículas para</p>



	<p>que eu me sentisse mal e por tudo era chamada à atenção de forma ameaçadora. [...] Todas as situações constrangedoras passaram a ser referenciadas pela enfermeira chefe como uma ameaça para a avaliação de desempenho do triénio” (N2)</p> <p>“Nesse período estava grávida. Chegou a fazer-me ameaças referindo que a manutenção do meu emprego não era compatível com a gravidez e que por isso deveria abortar” (N3)</p> <p>“Sou pontual, mas mesmo assim já fui criticada, intimidada diversas vezes e ameaçada de perder o emprego por não chegar 15 minutos antes da hora. [...] E se por algum motivo discordámos somos ignorados, não podemos confrontar, pois ouvimos constantemente respostas do género: "a porta de saída está aberta" ou "vamos avaliar outros currículos", como forma de nos intimidarem, calarem e fazermos valer os nossos direitos” (N4)</p>
Sobrecarga de trabalho	<p>“fiquei frequentemente a trabalhar sozinho com doentes distribuídos por dois pisos, sendo fácil de entender que se estou num piso com 15 doentes em que a maioria é dependente, humanamente é-me impossível estar no outro andar, estando no meu ponto de vista esses doentes abandonados, mas ao mesmo tempo sob a minha responsabilidade. [...] Mandou o outro colega embora e eu fiquei a fazer turno sozinho, colocando em perigo a assistência que eu poderia dar aos doentes. [...] Também o haver uma desigual distribuição dos doentes era frequente onde nunca consegui encontrar critérios para tal distribuição e onde uns eram sistematicamente sobrecarregados relativamente a outros enfermeiros (sempre me pareceu que os enfermeiros trabalhadores e competentes no exercício das suas funções eram prejudicados relativamente aos maus profissionais, mas que mantinham boas relações sociais com a chefia e com o director de serviço ” (N5)</p>
Induzir à ocorrência de erros	<p>“Quando recebo os seus pacientes sinto que há um propósito em me prejudicar. Por ex: indicações médicas com erros terapêuticos nas vias de administração. Para mim, um doente vindo dele, faz-me sempre despertar um sentido de alerta que não é necessário com outros profissionais” (N3)</p>
Recusa à comunicação	<p>“Encaminha os seus doentes do consultório para outros enfermeiros e não para mim, quando sou eu a responsável por essas actividades, pois sou eu que estou escalada para dar esses apoios” (N3)</p> <p>“Fui suspensa de funções durante cerca de dois meses sem qualquer justificação. Abdicaram dos meus serviços por tempo indeterminado. Mandaram a minha chefe substituir os meus turnos por outros colegas e fui mandada para casa como castigo. E isto aconteceu sem me darem oportunidade de me defender, sem quererem saber o quê e como se passou, sem darem a cara e me informarem do que fiz de errado” (N4)</p> <p>“Ainda hoje tento perceber o que me aconteceu e não encontro explicações. O que sei é que a determinado momento a minha relação com o director do serviço se degradou e tenho a certeza de que não partiu de mim. Não me cumprimentava quando eu chegava ao serviço e cumprimentava os colegas que me acompanhavam; não me dirigia a palavra e transmitia informações dos meus doentes a outros colegas; fazia alterações de terapêutica nos meus processos e não me comunicava, quando antigamente para além de avisar deixava os processos abertos para podermos ver essas alterações” (N5)</p> <p>“o chefe não permite explicações após uma chamada de atenção. Limitei-me a assistir impunemente ao seu ataque de ira” (N6)</p>
Punições	<p>“Limita-se a criticar, gritar, castigar, punir quando alguma situação incorrecta ocorre , mesmo quando essa situação nada tem que ver com o enfermeiro. [...] Castiga-me e sem razão para tal, sou recibo verde e já vi o meu número de horas de trabalho ser reduzido sem saber o porquê. [...] a chefia me suspende-se durante cerca de dois meses sem qualquer justificação. Abdicaram dos meus serviços por tempo indeterminado. Mandaram a minha chefe dar os meus turnos a outros colegas e fui mandada para casa como castigo. [...] culpam-nos de algo sem razão, não nos darem oportunidade de nos defender-mos e punirem-me daquela forma foi demais. Tentei inicialmente justificar-me e perceber perante o administrador porque estava a ser castigada sem nunca obter uma resposta, ou melhor chegou a dizer-me que se não quisesse aceitar que entendesse aquele castigo como umas férias... Quais férias??” (N4)</p> <p>“como se o enfermeiro não soubesse gerir os seus cuidados de enfermagem, soubesse estabelecer prioridades nas suas actividades ,não pudesse ir ao wc, alimentar-se ou simplesmente sentar-se para efectuar registos de enfermagem. O ser apanhados num destes momentos era o suficiente para humilhações, insultos e castigos (como trabalho a recibos verdes se for dispensado dos turnos ou até mesmo nos horários seguintes não estivesse escalado não trabalhava e consequentemente não recebia)” (N5)</p>
Disseminação de rumores	<p>“Ao novo enfermeiro chefe este médico começou a dizer mentiras sobre a minha pessoa e sobre a minha forma de prestar cuidados, chegando a inventar e acusar-me de erros que não ocorreram. [...] só agora ao fim de oito anos é que tenho finalmente uma colega a trabalhar comigo e que simplesmente só por estar comigo já está rotulada de más influências. [...] sabia que todos falavam de mim pelos boatos que circulavam, mas ao mesmo tempo não percebia porque é que aquilo me estava a acontecer. [...] Ao fim de 8 anos, apesar de ter sido afastada do seu serviço, os boatos e a tentativas em me</p>

	<p>prejudicar continuam porque: Fala mal me mim aos colegas novos e que porque não me conhecem fazem juízos de valor errados sobre a minha pessoa e continuam as calúnias dizendo aos enfermeiros do meu antigo serviço que eu dormia durante os turnos da noite e que “chumbava os doentes”. [...] Faz comentários depreciativos aos pacientes sobre mim” (N3)</p> <p>“O período mais complicado para mim foi quando começaram a haver boatos falsos acerca do meu desempenho profissional. De facto, o momento mais difícil foi quando fui vítima de alegações falsas. A má interpretação dos factos, onde se houve algum erro de ética profissional foi médica e não de enfermagem e o facto de eu ter estado presente, porque me limitei a cumprir as funções para as quais sou paga, sem ter conhecimento do que se passava por trás, fez com que a chefia me suspende-se durante cerca de dois meses sem qualquer justificação” (N4)</p>
Isolamento	<p>“Começou também a fazer pressão para me mudar de serviço e fez várias tentativas para que a administração me despedisse. Ao fim de 3 anos o que acabou por acontecer foi terem-me mudado de posto de trabalho e só agora ao fim de oito anos é que tenho finalmente uma colega a trabalhar comigo. [...] ter sido transferida de serviço contra a minha vontade e sem qualquer justificação e por ordem deste administrador, para uma sala onde não havia trabalho e estava sozinha. Esta situação arrastou-se durante o período de um ano. Para além disso, fui proibida de ir ao meu anterior serviço para o que quer que fosse e durante o horário de trabalho estava proibida de sair dessa respectiva sala. Fui completamente isolada de todos” (N3)</p> <p>“[...] fui direccionada para um local de trabalho, e proibida de trabalhar em outras áreas como ocorre com os meus colegas. Fico confinada a um espaço, a trabalhar na maior parte do tempo sozinha, sem poder tirar dúvidas, partilhar ideias e conhecimentos com os outros colegas de equipa. Não percebo o porquê de estar proibida de trabalhar com os outros colegas do internamento. Sinto-me isolada dos outros. [...] Para além de me isolarem, de me afastarem de actividades como formação em serviço ou jantares de serviço...” (N4)</p> <p>“a minha chefe comunicou-me que por ordens superiores sairia do internamento e passaria a trabalhar numa sala para dar apoio à ortopedia (duas vezes por semana, turnos de duas horas). [...] Completamente isolado dos outros..., aliás tudo isto foi feito com o seu conhecimento (administradores), e soube mais tarde que eram assim que se livravam de profissionais como eu, pois já não era a primeira vez” (N5)</p>
Agressão verbal	<p>“Uma parte da equipa de enfermagem acabou por ter problemas com a chefia que fazia chantagem emocional e agredia verbalmente todas as pessoas que presenciaram numa passagem de turno um incidente de agressão física e verbal entre o colega envolvido e a chefia” (N2)</p> <p>“Gritar comigo” (N3)</p> <p>“Passa os seus dias a controlar o meu trabalho, a gritar-me” (N4)</p> <p>“As ordens vindas de cima eram para ser cumpridas escrupulosamente porque se não até para a chefe havia sanções: discussões violentas em público onde era completamente desacreditada e ridicularizada pelo gestor. [...] se um gestor passasse pelo andar onde eu não estava, vinha à minha procura e fui várias vezes vítima de verdadeiros ataques de raiva, por não estar no meu posto de trabalho quando vinham deles a ordem de só ficar um enfermeiro com os dois pisos, penso que numa óptica de redução de custos, nos turnos da noite e fins de semana a equipa ser reduzida aos mínimos. [...] Como não lhe agradou o número de elementos a trabalhar, começou a gritar comigo” (N5)</p> <p>“por ter chegado 10 minutos atrasada ao meu posto de trabalho onde se encontrava uma colega com o qual já tinha falado para o serviço estar assegurado. Não tive oportunidade de explicar que o carro avariara porque o chefe não permite explicações após uma chamada de atenção. Limitei-me a assistir impunemente ao seu ataque de ira. [...] Vou para o trabalho nervosa e ansiosa porque sei que me persegue e insulta dizendo que está tudo mal. [...] Não posso estar sentada a efectuar registos ou estar na copa a comer que é logo motivo para me atacar e gritar comigo” (N6)</p>

**Quadro 8: Matriz de redução de dados relativos à organização**

Subcategoria	Categoria	Cultura da organização
Deficiente estrutura hierárquica		<p>“Estou há 3 anos sem enfermeira directora” (N3)</p> <p>“Não temos enfermeiro director para defender e proteger a nossa profissão e o ponto de vista dos enfermeiros”(N4)</p> <p>“A enfermeira chefe limitava-se a cumprir as ordens vindas dos gestores, mesmo que as mesmas fossem contra a sua vontade e princípios, mesmo que para isso estivesse a prejudicar a equipa de enfermagem e consequentemente a prejudicar a prestação de cuidados dos pacientes. As ordens vindas de cima eram para ser cumpridas escrupulosamente. [...] aquele hospital era diferente dos por onde tinha estagiado. Ali quem mandava era o director de serviço, esse sim era o “patrão”. Não existia hierarquia na enfermagem, ou melhor existia uma enfermeira chefe que se limitava a</p>

	<p>cumprir ordens do director de serviço. Segundo me informaram chefiava há poucos meses e o chefe anterior terá entrado em ruptura com os gestores por não cumprir as suas ordens e então foi convidado a sair. O mesmo tinha acontecido com a enfermeira directora que acabou por se demitir” (N5)</p> <p>“Já falei com a minha enfermeira chefe que não me consegue dar grande apoio, limitando-se a dizer para ter calma (se preciso deste emprego), ou para ir embora. Diz-me que tratando-se de um hospital privado são os administradores quem mandam” (N6)</p>
Deficiente comunicação	<p>“os ataques que me fazia eram em privado [...] sem que eu me pudesse defender” (N2)</p> <p>“Considero-os [...] distantes e até mesmo inacessíveis para com os restantes trabalhadores porque não permitem que o trabalhador exponha o seu ponto de vista e não há comunicação possível porque eles bloqueiam sempre a comunicação, porque se consideram superiores” (N3)</p> <p>“E se por algum motivo discordámos somos ignorados, não podemos confrontar. [...] A má interpretação dos factos, onde se houve algum erro de ética profissional foi médica e não de enfermagem e o facto de eu ter estado presente, porque me limitei a cumprir as funções para as quais sou paga, sem ter conhecimento do que se passava por trás, fez com que a chefia me suspende-se durante cerca de dois meses sem qualquer justificação. [...]. E isto aconteceu sem me darem oportunidade de me defender, sem quererem saber o quê e como se passou, sem darem a cara e me informarem do que fiz de errado. [...] não temos uma relação com os chefes e administradores, não realizamos reuniões, não discutimos o funcionamento dos serviços. Limitamo-nos a cumprir ordens e regras que nos são impostas e decididas exclusivamente pela direcção” (N4)</p> <p>“Por parte da chefia e dos gestores daquele hospital nunca houve qualquer abertura à comunicação e qualquer apoio para o esclarecimento de dúvidas, ajuda nas dificuldades. [...] por mais que tivesse razão não lhe conseguia responder porque simplesmente isso não lhe era permitido” (N5)</p> <p>“A comunicação é inexistente, quer entre a equipa, quer entre os administradores e os profissionais. Limito-me a cumprir ordens, mesmo discordando. Não me sinto enfermeira, sou uma criada deles [...]. Começo a perceber que este administrador gosta de subserviência, que não se pense e fale/discuta sobre os problemas. Penso que comecei a ter problemas com este meu chefe (administrador) desde o meu início de funções nesta instituição. Sempre fui reivindicativa pelos meus direitos e pelos direito à qualidade dos cuidados prestados e julgo que é por falar que ele me persegue” (N6)</p>
Ausência de incentivos motivacionais	<p>“O trato da chefia (enfermeira coordenadora) e dos chefes (administradores) connosco que não nos respeitam enquanto profissionais e enquanto pessoas, não nos valorizam. [...] Desde que vim trabalhar para este hospital que vi os meus objectivos serem-me arrancados "a unhas e dentes". Nada do que previ inicialmente para o meu futuro sei que o posso obter trabalhando nesta instituição porque os gestores já fizeram entender que não querem profissionais e preferem trabalhadores cegos, surdos e mudos. [...] A melhoria profissional é considerada entrave à instituição porque eles já referiram que não lhes interessa enfermeiros com mais formação profissional (com mais capacidades) e por conseguinte, não me foi dada a equivalência de trabalhador-estudante” (N6)</p>
Tipo de liderança: autocrática	<p>“Considero-os (...) distantes e até mesmo inacessíveis para com os restantes trabalhadores porque não permitem que o trabalhador exponha o seu ponto de vista e não há comunicação possível porque eles bloqueiam sempre a comunicação, porque se consideram superiores” (N3)</p> <p>“Somos literalmente “empregados” e meros executores daquela administração e seus gestores. [...] Somos chamados à administração por qualquer falha, por mais insignificante que seja. E se não estivermos no local de trabalho por qualquer motivo, recebemos chamadas telefónicas em que alguém (enfermeira chefe, administrativos da secretaria) a quem foi “encomendado o sermão” em tom agressivo e intimidatório nos chama a atenção” (N4)</p> <p>“fui chamado para vir reforçar a noite porque o serviço tinha muitos doentes e havia dois doentes que requeriam vigilância apertada. Cerca das 23h passa o gestor no serviço [...] e ao ver-me questionou-me quantos enfermeiros éramos e após a minha justificação ordenou-me abandonar o serviço, aos berros, perante o olhar de desespero do outro colega que ficou sozinho no serviço e eu sem me poder defender ou ter alguém que me defendesse limitei-me a cumprir a sua ordem. Esse turno à semelhança de outros nunca me foi pago” (N5)</p> <p>“Fala sempre em tom de voz austero, com dedo apontado ao meu nariz. [...] Começo a perceber que este administrador gosta de subserviência, que não se pense e fale/discuta sobre os problemas” (N6)</p>
Tipo de liderança: Laissez faire	<p>“A enfermeira chefe tinha conhecimento de situações com ela e que inclusive já tinha tido mais queixas de colegas na mesma situação. [...] A chefe não é assertiva, tem conhecimento destas situações e não põe um ponto final nelas, apesar de ao mesmo</p>

	tempo nos ouvir e apoiar emocionalmente ” (N1)
Escassas competências dos gestores	<p>“Acima de tudo, o grande problema é que apesar de serem gestores, não têm formação na área [...], a gestão dos recursos humanos e dos serviços é um desastre porque não autorizam e não permitem às chefias intermédias fazerem o seu papel. [...] Se inicialmente tudo parecia correr bem, com o passar do tempo apercebi-me que a relação dos gestores com os trabalhadores era má. Considero-os falsos, cínicos, mal educados, distantes e até mesmo inacessíveis [...]. São maus enquanto pessoas.” (N3)</p> <p>A direcção deste hospital não nos informa sobre o nosso desempenho profissional. Não fazemos nenhuma espécie de avaliação, ou pelo menos, não temos conhecimento desse resultado” (N4)</p> <p>“Numa outra vez fui chamado para vir reforçar a noite porque o serviço tinha muitos doentes e havia dois doentes que requeriam vigilância apertada. Cerca das 23h passa esse gestor no serviço, que é também médico no dito serviço e ao ver-me questionou-me quantos enfermeiros éramos e após a minha justificação ordenou-me abandonar o serviço, aos berros, perante o olhar de desespero do outro colega que ficou sozinho no serviço e eu sem me poder defender ou ter alguém que me defendesse limitei-me a cumprir a sua ordem. [...] Naquele hospital os enfermeiros não são valorizados enquanto profissionais e sobretudo não são respeitados enquanto pessoas. Limitam-se a executar tarefas, segundo as ordens por vezes absurdas de indivíduos que não sabem o que estão a fazer e cuja única preocupação é facturar” (N5)</p> <p>“o trato da chefia (enfermeira coordenadora) e dos chefes (administradores) connosco que não nos respeitam enquanto profissionais e enquanto pessoas, não nos valorizam. [...] É ignorado o meu saber e competências, pelos superiores e colegas de trabalho, em áreas de enorme satisfação profissional (várias formações na área de doente crítico e trabalho de campo em pré-hospitalar) dando apenas oportunidade de progredir profissionalmente na carreira e no serviço quem é mais “chegado” ou presta vassalagem à enfermeira chefe ou a um dos administradores, isto é, a quem é mais “chegado” aos chefes” (N6)</p>
Subcategoria	Categoria
	Clima organizacional
Não saudável: competição	“A competição na nossa profissão é intensa e que por vezes existem atropelos, mas não sou adepto de para progredir na carreira ser necessário utilizar todos os estratégias ao alcance, como tenho verificado ultimamente em relação a alguns colegas. [...]Aquele elemento (enfermeira) tem a capacidade de destruir a estabilidade e o bom ambiente que se poderia viver naquele serviço e que não se vive pois faz isso a alguns elementos” (N1)
Não saudável: subserviência	“Com o passar do tempo apercebi-me que a relação dos gestores com os trabalhadores era má. [...] existem aqueles colegas que querem progredir na instituição e por isso vale tudo até mesmo aliarem-se àquele homem um modo submisso” (N3)
Não saudável: inexistência de trabalho em equipa	“a relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremendo aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa. [...] não vejo união no grupo de trabalho” (N6)
Não saudável: deficiente gestão de conflitos	“Os colegas não tinham capacidade para resolverem as situações de potencial conflito” (N1)
Não saudável: antecedentes de assédio moral na organização	<p>“verifiquei durante o período que permaneci na Unidade, que esta enfermeira tinha o mesmo tipo de comportamento com outros colegas, mesmo com alguns que já estavam no serviço há algum tempo.[...] Deu para conhecer outra realidade: a de que existem enfermeiros que sentem prazer em magoar e destruir sem qualquer motivo” (N1)</p> <p>“Uma parte da equipa de enfermagem acabou por ter problemas com a chefia que fazia chantagem emocional e agredia verbalmente todas as pessoas que presenciaram numa passagem de turno um incidente de agressão física e verbal entre o colega envolvido e a chefia. [...] Este problema tornou-se de tal ordem difícil de resolver com envolvimento de tribunal e relato de testemunhas que acabamos por pedir uma transferência colectiva de serviço, tendo no momento como decisão do conselho de administração sendo substituída a chefia” (N2)</p> <p>“Desde que o hospital abriu, a cada dois anos o enfermeiro chefe ou se demite por não concordar com o que ali se passa, não aguentar a pressão vinda de ‘cima’ (dos gestores), ou é demitido por não executar as suas ordens e até mesmo são convidados a sair sem perceberem ou receberem uma justificação. Ali ninguém tem o seu lugar seguro e rapidamente se passa de ‘bestial a besta’. [...] julgo ter sido a primeira enfermeira a ter sido vítima de comportamentos inaceitáveis, mas não sou a única, havendo também profissionais de outras áreas afectados. [...] Ao fim do 1º ano de trabalho, em que a nossa relação profissional parecia excelente, em que ele me considerava uma enfermeira exemplar e de referência para os restantes enfermeiros,</p>

	<p>preferindo os meus cuidados para os seus pacientes do que os cuidados de outros colegas, convidou-me ou melhor sugeriu-me que deveria ser eu a chefiar o serviço mas para isso era necessário “destruir a enfermeira chefe”. A minha resposta foi a de sempre colaborar com a instituição que me tinha acolhido, mas não conseguia prejudicar uma colega. Sem que me tenha apercebido do momento exacto em que as coisas começaram a acontecer, comecei a ter problemas. [...] A minha chefe também por pressões da administração acabou por ser despedida. [...] sabia que todos falavam de mim pelos boatos que circulavam, mas ao mesmo tempo não percebia porque é que aquilo me estava a acontecer. Criou-se um mau ambiente no serviço e eu comecei a sentir-me mal no meu próprio local de trabalho que eu adorava, com os meus colegas que eram para mim os meus amigos e a minha ‘família’.” (N3)</p> <p>“Parece haver uma perseguição a alguns enfermeiros que não têm ninguém que os proteja. [...] Não tem este comportamento para com todos os funcionários, mas gosta particularmente de infernizar a vida de alguns, sobretudo os recibos verdes !!! [...] um tipo de liderança como esta onde trabalho actualmente, que humilha e desgasta física e psicologicamente os seus enfermeiros...” (N4)</p> <p>“Ao contrário do que acontecia com a restante equipa, a determinado momento passei a ser um alvo a abater. [...] Ali o importante é manter a relação social com os superiores, ser-se subserviente e nunca questionar. Quem o fizer torna-se um alvo a abater e os colegas como não querem ir para a rua “aliam-se socialmente” a estes indivíduos que por hierarquicamente serem superiores não nos respeitam enquanto pessoas. [...] A minha chefe não me pôde ajudar porque foram ordens superiores e numa conversa privada que teve comigo disse-me que esse administrador/director lhe terá dito: ‘vamos cansá-lo’ e ele há-de rebentar e sair! Jurei-lhe que não e que nunca lhe daria esse gosto, mas efectivamente não aguentei. [...] Naquela instituição não se pode questionar e tentar mudar para melhor, porque tornamo-nos elementos a eliminar ” (N5)</p> <p>“A relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremendo aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa. [...] e deste modo não vejo união no grupo de trabalho. [...] Consigo perceber que as colegas dos sexo feminino e apenas as que estão a recibos verdes são o seu alvo preferido. [...] Estão a dar cabo da minha sanidade mental” (N6)</p>
Subcategoria	Categoria
	<b>Comportamento dos outros profissionais</b>
Apoio ao agressor	<p>“Marcava entrevistas com as adjuntas de enfermagem para me ameaçar tendo estas uma posição passiva e de total parceria com a chefia. Apesar de eu tentar pôr um ponto final neste conflito em que me via envolvida e não perceber o porquê da sua existência, não o conseguia. Por outro lado, via nas adjuntas uma total cumplicidade, sem necessitarem de mais nenhuma prova para além da palavra da chefia (N2)</p> <p>“À excepção de um único administrador, de todos os outros nunca houve apoio, muito pelo contrário, senti silêncio e até mesmo cumplicidade entre eles pelos comportamentos e atitudes que tiveram para comigo” (N3)</p>
Apoio à vítima	<p>“Por parte dos meus superiores hierárquicos, nomeadamente da enfermeira chefe daquele serviço, tive todo o seu apoio” (N1)</p> <p>“Tive o apoio incondicional da equipa médica, auxiliares de acção médica e de alguns colegas do serviço” (N2)</p> <p>“Já não estaria neste hospital se não tivesse um administrador que acreditasse em mim e que me deu total apoio e protecção” (N3)</p> <p>“As pessoas presentes após a ausência do chefe [...] ficaram indignadas com a forma que fui tratada tendo referido que ele era “arrogante, mal educado, sem formação, prepotente e rude” (N6)</p>
Passivo	<p>“Não senti colaboração e apoio dos meus colegas. Talvez porque tivessem medo de serem despedidos e por outro lado porque há colegas que se aliam a ele só para o agradar, para ficarem bem vistos, para não terem problemas pois vêem o que ele faz a alguns profissionais e não querem que lhes aconteça o mesmo. [...] Toda esta ausência de ajuda me fez sentir mal e pensar que o problema era meu” (N3)</p> <p>“A minha chefe não me pôde ajudar porque foram ordens superiores. [...] Por parte dos colegas um total desinteresse para com a situação. Para além da minha chefe nunca ninguém me abordou e perguntou o que quer que fosse. Como é que os meus colegas de trabalho que se davam bem comigo podiam ignorar uma situação daquelas! Seriam mesmo os meus colegas e alguns deles meus amigos? Percebi com o passar do tempo que não.[...] simplesmente ignoraram o que me estava a acontecer e afastaram-se” (N5)</p> <p>“Já falei com a minha enfermeira chefe que não me consegue dar grande apoio, limitando-se a dizer para ter calma (se preciso deste emprego), ou para ir embora” (N6)</p>
Subcategoria	Categoria
	<b>Consequências do assédio</b>

Custos directos: absentismo	<p>“Coloquei atestado por um período de 2 semanas” (N1)</p> <p>“Ao longo dos últimos 5 anos já apresentei várias vezes baixas médicas” (N3)</p>
Custos indirectos: mudança de chefias	<p>“Acabamos por pedir uma transferência colectiva de serviço, tendo no momento como decisão do conselho de administração sendo substituída a chefia” (N2)</p> <p>“Os enfermeiros chefes estão constantemente a serem substituídos porque também não aguentam o que lhes é imposto” (N4)</p> <p>“As ordens vindas de cima eram para ser cumpridas escrupulosamente porque se não até para a chefe havia sanções (discussões violentas em público onde era completamente descredibilizada e ridicularizada pelo gestor, por mais que tivesse razão não lhe conseguia responder porque simplesmente isso não lhe era permitido). Talvez por isso os enfermeiros chefe do meu serviço estejam sistematicamente a ser substituídos. Fartam-se de tantas humilhações e responsabilidades e ao mesmo tempo pela pouca autoridade que lhes é dada” (N5)</p>
Custos indirectos: rotatividade	<p>“O serviço em questão tem uma taxa de rotatividade grande e acho que uma das razões para existirem tantos enfermeiros a pedir transferência são os comportamentos deste género por parte de outros enfermeiros” (N1)</p> <p>“Pedi transferência emergente de serviço, que foi aceite” (N2)</p>
Custos indirectos: empobrecimento das relações de trabalho	<p>“tentava aspirar secreções ao doente, para o respectivo frasco, quando a minha colega aproxima-se de mim e diz-me que tinha ali mais um frasco de colheita de secreções e umas luvas esterilizadas e num gesto brusco pega no frasco que eu já tinha colhido as secreções e coloca-o no lixo. No momento seguinte fiquei sem reacção a pensar o que ela me tinha feito. Este gesto da parte dela foi feito mais uma vez ao pé de outros colegas e auxiliares o que me deixou bastante nervoso, mas tive a lucidez de me conter apesar do que me apetecia era “partir a loiça toda”. A partir desse dia achei que a minha postura com a referida colega teria que mudar. Deixei de lhe mostrar uma expressão amigável ou de boa disposição. E comecei a ter que gerir os silêncios de uma forma bastante inteligente. A minha postura passou a ser de alerta em qualquer situação e trabalhar nesta tensão é muito desgastante não só física como psicologicamente (N1)</p> <p>“ter sido transferida de serviço contra a minha vontade e sem qualquer justificação e por ordem deste administrador, para uma sala onde não havia trabalho e estava sozinha. Esta situação arrastou-se durante o período de um ano. Para além disso, fui proibida de ir ao meu anterior serviço para o que quer que fosse e durante o horário de trabalho estava proibida de sair dessa respectiva sala. Fui completamente isolada de todos. [...] Não senti colaboração e apoio dos meus colegas. Talvez porque tivessem medo de serem despedidos e por outro lado porque há colegas que se aliam a ele só para o agradar, para ficarem bem vistos, para não terem problemas pois vêm o que ele faz a alguns profissionais e não querem que lhes aconteça o mesmo” (N3)</p> <p>“fui direccionada para um local de trabalho, e proibida de trabalhar em outras áreas como ocorre com os meus colegas. Fico confinada a um espaço, a trabalhar na maior parte do tempo sozinha, sem poder tirar dúvidas, partilhar ideias e conhecimentos com os outros colegas de equipa. Não percebo o porquê de estar proibida de trabalhar com os outros colegas do internamento. Sinto-me isolada dos outros. [...] Para além de me isolarem, de me afastarem de actividades como formação em serviço ou jantares de serviço” (N4)</p> <p>“Ali o importante é manter a relação social com os superiores, ser-se subserviente e nunca questionar. Quem o fizer torna-se um alvo a abater e os colegas como não querem ir para a rua “aliam-se socialmente” a estes indivíduos que por hierarquicamente serem superiores não nos respeitam enquanto pessoas” (N5)</p> <p>“A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa” (N6)</p>
Custos indirectos: redução do compromisso do trabalhador	<p>“Em determinado momento deixei de gostar do meu trabalho e ponderei abandonar a instituição” (N3)</p> <p>“Nunca está satisfeito e estas atitudes geram em mim sentimentos de insegurança, ansiedade e ausência de motivação para vir trabalhar” (N4)</p>
Custos intangíveis: má imagem	<p>“Assisti a vários momentos em que os meus colegas de trabalho foram humilhados e ridicularizados por ele. Gritos e insultos mesmo em frente aos pacientes e sem possibilidade de se defenderem” (N4)</p> <p>“São exemplos de situações de assédio eu ficar frequentemente a trabalhar sozinho com doentes distribuídos por dois pisos, sendo fácil de entender que se estou num piso com 15 doentes em que a maioria é dependente, humanamente é-me impossível estar no outro andar, estando no meu ponto de vista esses doentes abandonados, mas ao mesmo tempo sob a minha responsabilidade” (N5)</p> <p>Já me senti humilhada e ridicularizada várias vezes pelo administrador que me faz chamadas de atenção perante pacientes na sala de espera. As pessoas presentes [...] ficaram indignadas com a forma que fui tratada tendo referido que ele era “arrogante, mal educado, sem formação, prepotente e rude” (N6)</p>

<p>Custos intangíveis: deficiente prestação de cuidados</p>	<p>“em vez de estimular a equipa para manter o dinamismo e articulação necessária, começou a levar elementos para o gabinete para efectuar trabalho burocrático e administrativo de forma a que todos os documentos que ela necessitava de apresentar chegassem atempadamente sendo a visibilidade da chefia no exterior exemplar em detrimento dos cuidados prestados pela equipa ao doente. A partir daqui para além da equipa não ter desenvolvimento no tratamento dos doentes existindo situações de aparecimento de úlceras de pressão...” (N2)</p> <p>“Estou sempre com medo em tudo o que faço e começo a sentir agora insegurança na execução das minhas tarefas” (N4)</p> <p>“São exemplos de situações de assédio eu ficar frequentemente a trabalhar sozinho com doentes distribuídos por dois pisos, sendo fácil de entender que se estou num piso com 15 doentes em que a maioria é dependente, humanamente é-me impossível estar no outro andar, estando no meu ponto de vista esses doentes abandonados, mas ao mesmo tempo sob a minha responsabilidade. [...] Limitam-se a executar tarefas, segundo as ordens por vezes absurdas de indivíduos que não sabem o que estão a fazer e cuja única preocupação é facturar” (N5)</p> <p>“Limito-me a cumprir ordens, mesmo discordando. Não me sinto enfermeira, sou uma criada deles. Não tenho autonomia para desempenhar autonomamente as minhas funções, nem tão pouco consigo dar uma ordem às tarefas do meu dia a dia segundo determinada prioridade. Estou sempre condicionada às prioridades que me são impostas, porque as minhas estão constantemente a ser questionadas por esse administrador” (N6)</p>
<p>Custos intangíveis: mau ambiente de trabalho</p>	<p>“Aquele elemento (enfermeira) tem a capacidade de destruir a estabilidade e o bom ambiente que se poderia viver naquele serviço e que não se vive pois faz isso a alguns elementos” (N1)</p> <p>“apesar de serem gestores, não têm formação na área, são maus enquanto pessoas e por isso a gestão dos recursos humanos e dos serviços é um desastre porque não autorizam e não permitem às chefias intermédias fazerem o seu papel” (N3)</p> <p>“Fui abordado pelo gestor que me questionou quantos doentes tinha e quantos enfermeiros estavam de serviço. Como não lhe agradou o número de elementos a trabalhar, começou a gritar comigo e eu tentei justificar dizendo-lhe que não importava a quantidade dos doentes mas sim a qualidade dos mesmos e naquele momento existia um doente que necessitava de mais cuidados. Enchi-me de coragem e disse-lhe que só o enfermeiro é que conseguia fazer uma avaliação das necessidades dos doentes e por isso justificava-se aquele número de elementos ao serviço. A resposta que obtive foi a de que ele não era enfermeiro mas também para executar essas funções não era necessário grande inteligência e que era uma questão de se saber fazer contas: 2 enfermeiros para 6 doentes dava três a cada um e isso era muita gente a roçar-se pelos corredores. Mandou o outro colega embora e eu fiquei a fazer turno sozinho, colocando em perigo a assistência que eu poderia dar aos doentes. [...] onde uns eram sistematicamente sobrecarregados relativamente a outros enfermeiros (sempre me pareceu que os enfermeiros trabalhadores e competentes no exercício das suas funções eram prejudicados relativamente aos maus profissionais, mas que mantinham boas relações sociais com a chefia e com o director de serviço” (N5)</p> <p>“A comunicação é inexistente, quer entre a equipa, quer entre os administradores e os profissionais.[...] a relação com a equipa foi difícil, foi enorme, tremendo aliás. A forma individualista de trabalhar, a forma desinteressada de estar dos colegas, não existe o trabalho em equipa” (N6)</p>